

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PRÁVNICKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Ochrana osobních údajů v procesu poskytování zdravotních služeb

Protection of Personal Data in the Process of Healthcare Delivery

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Petr Šustek, Ph.D.
Autorka práce: Michaela Povolná
Září 2013

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně za použití zdrojů a literatury v ní uvedených, všechny využitě prameny byly řádně citovány, a že práce nebyla využita k získání jiného či stejného titulu.

V Praze dne 1.9.2013

Michaela Povolná

Na tomto místě bych ráda poděkovala především JUDr. Petru Šustkovi, Ph.D. za věnovaný čas a podnětné rady při vedení předkládané práce.

Mé díky patří rovněž mé rodině a přátelům za jejich podporu a pochopení po celou dobu studia.

Obsah

ÚVOD.....	1
STRUKTURA PRÁCE.....	2
METODOLOGIE A HODNOCENÍ ZDROJŮ	3
1. VZTAH MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM	5
1.1. OD PATERNALISMU K PARTNERSTVÍ – VÝVOJ VZTAHU LÉKAŘE A PACIENTA	5
1.2. ZISK AUTONOMIE - ZTRÁTA DŮVĚRY?.....	8
1.3. PRÁVNÍ ÚPRAVA VZTAHU LÉKAŘE A PACIENTA A JEJÍ VÝVOJ V ČR	10
1.3.1. SMLUVNÍ TYPY PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	12
1.4. ETICKÉ PRINCIPY VZTAHU LÉKAŘE A PACIENTA	14
1.4.1 INFORMOVANOST	15
1.4.2. MLČENLIVOST.....	16
2. PRÁVO NA OCHRANU OSOBNÍCH ÚDAJŮ	19
2.1. VZTAH MEZI PRÁVEM NA SOUKROMÍ A OCHRANOU OSOBNÍCH ÚDAJŮ	20
2.2. PRÁVNÍ ÚPRAVA PROBLEMATIKY OCHRANY SOUKROMÍ A OSOBNÍCH ÚDAJŮ.....	23
3. OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ	25
3.1. OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU	25
3.2. POVINNOST ZACHOVÁVAT MLČENLIVOST.....	28
3.2.1. ÚČEL POVINNÉ MLČENLIVOSTI.....	28
3.2.2. ROZSAH POVINNÉ MLČENLIVOSTI.....	29
3.2.3. PROLOMENÍ POVINNÉ MLČENLIVOSTI.....	30
3.2.4. JUDIKATURA ESLP K POVINNÉ MLČENLIVOSTI.....	32
3.3. ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE.....	35
3.3.1. OBSAH A VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE.....	35
3.3.2. PRÁVO NA INFORMACE A NAHLÍŽENÍ DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE	37
3.4. PRÁVNÍ ODPOVĚDNOST PŘI PORUŠENÍ POVINNÉ MLČENLIVOSTI A ZPŘÍSTUPNĚNÍ INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU PACIENTA.....	40
3.4.1. OBČANSKOPRÁVNÍ ODPOVĚDNOST	41
3.4.2. TRESTNĚPRÁVNÍ ODPOVĚDNOST	42
3.4.3. SPRÁVNĚPRÁVNÍ ODPOVĚDNOST.....	43
3.4.4. DISCIPLINÁRNÍ ODPOVĚDNOST	44
4. JUDIKATURA EVROPSKÉHO SOUDU PRO LIDSKÁ PRÁVA.....	46
4.1. OCHRANA ZDRAVOTNÍCH ÚDAJŮ DLE ČLÁNKU 8 EÚLP	46
4.2. ČESKÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA VE SVĚTLE JUDIKATURY ESLP	50
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	55
LITERATURA.....	57
ANNOTATION.....	66

Úvod

Ochrana osobních údajů je v dnešní době nejen díky všudypřítomným informačním technologiím jednou z nejpálčivějších otázek naší společnosti. Je tomu tak zejména proto, že nepřiměřené a často i zbytečné sdělování osobních údajů může mít negativní dopady na soukromí subjektů těchto údajů.

Vnímat sdílení a zpracování osobních údajů jako činnost s veskrze negativním dopadem je nicméně nesprávné. Spíše než kvantitativní stránku této problematiky si naši pozornost zaslouží otázka, zda je daným údajům poskytována náležitá ochrana před neoprávněným zpracováním. Jak bývá často zmiňováno:

„Je chybou považovat sdílení osobních údajů za nezbytně špatnou věc, které se musí nutně oponovat z důvodu ochrany osobních údajů a lidských práv. (...) Otázkou není, zda by mělo docházet ke sdílení většího či menšího množství informací, ale spíše jaké údaje jsou sdíleny, z jakého důvodu, kdo k nim má přístup a jaký dopad to vše má.“¹

Oblast poskytování zdravotní péče není v tomto ohledu výjimkou. Ba naopak, z pohledu zpracování osobních údajů a jejich ochrany považujeme zdravotnictví za jedno z informačně nejnáročnějších odvětví. Při poskytování zdravotní péče totiž dochází nejen k zásahům do tělesné integrity osoby v rámci vyšetření, ale nevyhnutelně i k zásahům do soukromí pacienta při zjišťování údajů o jeho zdravotním stavu, návycích a životním stylu.

Jelikož patří tyto údaje mezi ty nejintimnější, jejichž potenciál negativně ovlivnit soukromý život dané osoby je nezměrný, musí státy zajistit, aby při jejich zpracování byly implementovány náležité záruky, zejména pak aby zásahy do soukromí způsobené zpracováním údajů byly vždy opodstatněné a proporční, a naopak jejich případné porušení bylo sankcionováno.

V této souvislosti je nutné zmínit i aktivity Evropského soudu pro lidská práva (ESLP), který k problematice ochrany údajů o zdravotním stavu vytvořil v průběhu posledních dvaceti let poměrně konzistentní judikaturu. S ohledem na pozitivní

¹ UK Joint Committee on Human Rights, *Data Protection and Human Rights*, 14.3.2008, s. 8, dostupné z [www: http://www.publications.parliament.uk/pa/jt200708/jtselect/jtrights/72/72.pdf](http://www.publications.parliament.uk/pa/jt200708/jtselect/jtrights/72/72.pdf), cit. 20.6.2013.

povinnosti států vyplývající z článku 8 Evropské úmluvy o lidských právech a základních svobodách (EÚLP), ESLP stanovil:

„Vnitrostátní právní předpisy [států, které ratifikovaly EÚLP – pozn. autorky] musí obsahovat odpovídající záruky, jež zabrání jakémukoliv sdělování či zveřejňování osobních údajů o zdravotním stavu, které může být v rozporu s článkem 8 Úmluvy.“²

S ohledem na tento rozsudek, který ukládá členským státům Rady Evropy, tj. i České republice (ČR), povinnost implementovat tato opatření, je třeba stanovit, zda český právní řád tyto záruky skutečně poskytuje a co konkrétně představují. Cílem této diplomové práce je tudíž zhodnotit současnou českou právní úpravu ochrany osobních údajů v procesu poskytování zdravotních služeb. Tato problematika bude dále zasazena do širšího rámce vztahu lékař-pacient a zásad informovanosti a mlčenlivosti.

Práce se bude zabývat jak samotnými koncepty práva na soukromí, důvěry a jejich vztahu k ochraně osobních údajů, tak právy a povinnostmi hlavních aktérů – lékařů a pacientů – a z nich plynoucí právní odpovědnosti. Současně bude analyzována i stávající judikatura ESLP týkající se této problematiky a zodpovězena otázka, zda česká právní úprava ochrany údajů o zdravotním stavu odpovídá zárukám vyplývajícím z článku 8 EÚLP.

Struktura práce

Předkládaná diplomová práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol a závěru, přičemž systematika textu je následující:

Úvodní kapitola se zabývá problematikou vztahu lékaře³ a pacienta. Autorka se domnívá, že pochopení veškerých implikací tohoto vztahu je pro kontextualizaci celé problematiky ochrany osobních údajů zásadní. Kapitola se nejprve zaměřuje na

² ESLP, Z. v *Finsko*, stížnost č. 22009/93, rozsudek ze dne 25.2.1997, odst. 95.

³ Pro účely této práce bude pojem lékař chápán extenzivně, tj. v širším smyslu coby jakýkoli zdravotnický pracovník či ošetřující osoba, jež přichází do styku s pacientem při poskytování zdravotních služeb.

evoluci vztahu lékař-pacient, včetně jeho právní úpravy. V této souvislosti je zvláštní pozornost věnována existenci důvěry mezi hlavními aktéry. Autorka si zejména pokládá otázku, zda s nárůstem autonomie pacienta nedochází ke ztrátě pacientovy důvěry v lékaře. Pozornost je rovněž věnována základním etickým principům, které tento vztah ovládají, tj. respektu k autonomii pacienta, zásadě neškodit, zásadě prospěšnosti a principu spravedlnosti.⁴ Vzhledem k tématu práce jsou nicméně blíže analyzovány principy informovanosti a mlčenlivosti.

Následující kapitola se zaměřuje na koncepci práva na soukromí a jeho vztah s právem na ochranu osobních údajů, kdy pojetí ochrany osobních údajů představuje jako relativně nový fenomén vycházející z práva na soukromí. Kapitola rovněž zmiňuje odborný diskurz týkající se ochrany osobních údajů a argumentuje, že právo na ochranu osobních údajů se vyvinulo v samostatné základní právo, jenž souvisí, ale je zároveň odlišné, od práva na soukromí.

Třetí kapitola se věnuje právní úpravě ochrany údajů o zdravotním stavu v ČR. Jelikož součástí procesu poskytování zdravotních služeb je i nutnost zdravotních pracovníků seznámit se s citlivými údaji o pacientech, hlavní část práce se věnuje podmínkám a zárukám zajištění ochrany citlivých údajů při poskytování zdravotní péče, zejména pak právní úpravě nakládání se zdravotnickou dokumentací a povinné mlčenlivosti, včetně právní odpovědnosti v případě jejího porušení.

Závěrečná kapitola poskytuje přehled dosavadní judikatury ESLP týkající se problematiky ochrany údajů o zdravotním stavu. Závěry štrasburského soudu představují obecná i konkrétní opatření, jak údaje o zdravotním stavu chránit před neoprávněným sdílením a zpracováním. V návaznosti na předchozí analýzu české právní úpravy tato kapitola ve svém závěru hodnotí, v jaké míře ČR dostává svým závazkům plynoucím z článku 8 EÚLP.

Metodologie a hodnocení zdrojů

Tato diplomová práce je vypracována především na základě analýzy českých právních předpisů týkajících se ochrany osobních údajů a poskytování zdravotních

⁴ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. vydání. New York : Oxford University Press, 2013.

služeb. Ty jsou následně doplněny evropskými právními předpisy včetně související judikatury Evropského soudu pro lidská práva.

Mezi klíčové právní předpisy použité pro předkládanou kvalifikační práci patří vedle Listiny základních práv a svobod (LZPS) především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (ZZS), zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (ZOOÚ), zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník (OZ), a zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (NOZ).

Z evropských právních předpisů bude tato práce pracovat zejména s Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod (EÚLP) a Úmluvou na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně). Zmíněny budou rovněž Úmluva o ochraně osob se zřetelem na automatizované zpracování osobních dat (Úmluva č. 108) a směrnice 95/46/ES, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (směrnice 95/46/ES), které se promítají do výše zmíněného ZOOÚ. V neposlední řadě budou vybrány i konkrétní příklady z české judikatury a judikatury ESLP.

Při zpracování této práce vycházela autorka jak z české odborné literatury, tak i literatury cizojazyčné, především anglické. Důvodem volby anglických zdrojů byla zejména dostupnost velmi rozmanité analytické literatury na toto téma.

Autorka vycházela jak z řady zevrubných monografií, tak především i z odborných článků. Jejich výběr se skládal nejen z článků aktuálně publikovaných, adresujících současné trendy a výzvy v této oblasti, ale došlo i k zařazení článků staršího data, které jsou ovšem navzdory novelizacím právních předpisů svým obsahem aktuální i dnes.

1. Vztah mezi lékařem a pacientem

1.1. Od paternalismu k partnerství – vývoj vztahu lékaře a pacienta

Stejně jako v jiných oblastech lidské činnosti, dochází i ve zdravotnictví, resp. při poskytování zdravotní péče, ke vzniku, změnám a zániku právních vztahů mezi jednotlivými aktéry. Tyto vztahy prodělaly za dobu své existence extenzivní změny a jejich vývoj (ačkoli ustává na dynamice posledních dvaceti let) se nezastavuje ani v dnešní době.⁵ Přes rostoucí komplikovanost těchto vztahů⁶ a diverzifikaci subjektů na jejich koncích zůstává pro poskytování zdravotní péče nejdůležitějším vztah historicky nejstarší, tj. vztah mezi lékařem a pacientem.

Z ekonomického hlediska je vztah mezi lékařem a pacientem založen na principu nabídky a poptávky. Je chápán jako vztah, v rámci kterého pacient poptává zdravotní služby potřebné pro obnovení zdraví či (za)bránění zhoršení zdravotního stavu, lékař tyto služby nabízí a při střetu nabídky a poptávky i poskytuje. Tento ekonomický pohled přejímá do značné míry i právo.

Pro samotné poskytování zdravotní péče ovšem zůstává rozhodující především existence důvěry mezi lékařem a pacientem. Proto nejen lidské zdraví coby objekt tohoto vztahu, ale právě klíčové postavení důvěry, je jednou ze skutečností, která dle názoru autorky činí tento vztah odlišným od poskytování jiných služeb na základě pouhé nabídky a poptávky.⁷

Jak česká, tak zahraniční odborná literatura popisují celou řadu modelů vztahu lékaře a pacienta. Některé považujeme v dnešní době za překonané, jiné revidujeme a

⁵ Jak píše T. Doležal: „[Původně byla] zdravotní péče poskytována v rámci dvoustranného právního vztahu mezi lékařem a pacientem. Následně byl tento systém postupně modifikován a v moderních systémech při poskytování zdravotní péče z důvodu zajištění solidarity, přístupu k péči a sdružení finančních prostředků i individuálních rizik, přistupuje ke vztahu lékař-pacient ještě další subjekt – zdravotní pojišťovna (buď veřejná zdravotní pojišťovna, nebo jiný poskytovatel soukromého pojištění, případně i stát).“ Doležal, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha : Leges, 2012, s. 88. Tento trojúhelník v sobě odráží právo na zdravotní péči ústavně zakotvené v čl. 31 LZPS, jež je uskutečňováno na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁶ Ta souvisí mimo jiné s očekáváním pacientů a vývojem medicíny. Povolná, M. *Problematika rationingu ve světle práva na zdravotní péči a její vliv na vztah lékaře a pacienta*. Praha, 2013, s. 4. Studentská vědecká odborná činnost. Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, Katedra občanského práva.

⁷ Je třeba podotknout, že poskytování zdravotní péče je v mnohých ohledech velmi specifickou oblastí služeb, na kterou nelze použít čistě tržní mechanismy nabídky a poptávky. Její specifika, mezi které patří povaha poptávky, očekávané chování lékařů, nejistota související s produktem, podmínky nabídky a proces tvorby cen, popsal již v roce 1963 laureát Nobelovy ceny za ekonomii, Kenneth Arrow. Více: Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 1963, 53(5), s. 941–73.

případně se k nim i opětovně vracíme.⁸ Toto spektrum modelů odráží především míru autonomie pacienta při rozhodování o léčbě. Na jedné straně se nachází model paternalismu, kdy lékař činí za pacienta veškerá rozhodnutí a realizuje jeho předpokládané preference. Na zcela opačném konci spektra pak stojí model informovaného rozhodování, kdy jedinou rolí lékaře je poskytnout rozhodujícímu se pacientovi veškeré informace. Mezi těmito dvěma modely existuje řada variací založených na vzájemné interakci mezi danými subjekty, včetně různé míry spolurozhodování.^{9,10}

Vztah lékař - pacient prodělal v průběhu posledních několika desetiletí (zejména v postsocialistických zemích střední a východní Evropy) značný vývoj. Tento vztah byl dlouhou dobu založen na výše zmíněném principu paternalismu, kterému odpovídalo zejména přesvědčení lékaře, že jen on je schopen posoudit a rozhodnout, co je v nejlepším zájmu jeho pacienta. Tak tomu mělo být zejména kvůli informační asymetrii, kdy pacient coby laik neměl být schopen rozpoznat, co je pro něj dobré či vhodné, resp. nejlepší. Paternalismus se odrážel i v chování pacientů, kteří byli pasivní, tj. pasivně přijímali informace a nechali lékaře rozhodovat o způsobu svého léčení. Značnou roli v tomto ohledu hrála i percepce lékaře coby neomylného.

V této souvislosti je zajímavý názor **C. Charlesové, T. Whelana a A. Gafniho**, kteří paternalistický model vztahu mezi lékařem a pacientem vůbec za vztah nepovažují, neboť v rámci něj nedochází ke spoluúčasti subjektů na rozhodování. Lékař rozhoduje o nejlepším možném řešení pro pacienta, přičemž tak může učinit, aniž by jej zapojil do vlastního rozhodovacího procesu. O vztah by se dle jejich

⁸ Např. neopaternalismus.

⁹ F. Goodyear-Smith a S. Buetow se domnívají že v tomto vztahu potřebují obě strany disponovat určitou vlastní mocí. Lékaři ji potřebují jak k zachování vlastní profesní integrity, tak k léčení pacientů. Z tohoto úhlu pohledu ji potřebují nejen pro hájení zájmů pacientů, ale využívají ji i pro: (1) sdělování informací a pochopení pacientových přání (*accountability*), (2) pomoc pacientům vyjádřit své preference a činit informovaná rozhodnutí o léčbě (*autonomy*), (3) důvěryhodné jednání jménem a pro pacienty v otázkách zdravotní péče (*fidelity*) a (4) citlivé jednání s pacienty vzhledem k jejich zvýšené emoční zranitelnosti, která je dílem nemoci či strachu ze smrti (*humanity*). Goodyear-Smith, F., Buetow, S. Power Issues in the Doctor-Patient Relationship. *Healthcare Analysis (Kluwer Academic Publishers)*, 2001, 9, s. 452.

¹⁰ Jak opakovaně zmiňuje i odborná literatura, pacienti, kteří mají pocit, že mají svoji léčbu pod kontrolou a účastní se na rozhodování o ní, mají znatelně lepší zdravotní výsledky. Pacienti tudíž potřebují moc k „*uspokojení svých zdravotních potřeb a naplnění vlastní zodpovědnosti, do které patří nepopírání vlastní vůle.*“ Ibidem, s. 453. K otázce výzkumů např. Stewart, M.A., McWhinney, I.R., Buck, C.W. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *JRCollGenPract*, 1979, 29, s. 77-82.

názoru mohlo jednat jen v případě, že by oba subjekty s vyloučením pacienta z rozhodovacího procesu souhlasily.¹¹

Autorka ovšem s touto interpretací nemůže souhlasit. Domnívá se, že existence určitého vztahu mezi dvěma subjekty není - a ani z povahy věci nemusí být - podmíněna souhlasem subjektů s jeho existencí, nýbrž existuje nezávisle na této skutečnosti. Jednání lékaře nadto fakticky ovlivňuje pacienta, protože při něm rozhoduje, zda a jaký druh zdravotní péče bude pacientovi poskytnut.

Ačkoli byl v České republice paternalismus praktikován desítky let, v souvislosti se společenskými změnami devadesátých let dochází k dostižení a navázání na trend Západu^{12,13} a k postupné transformaci paternalistického pojetí tohoto vztahu do podoby partnerství.¹⁴ Tato snaha reagovala na nerovnost vztahu pacienta a lékaře a byla poháněna potřebou umožnit pacientům kontrolovat rozhodnutí týkající se zdravotní péče o jejich osobu.¹⁵

Tento nový model vychází z premisy, že pokud je pacient tím, kdo bude v budoucnu nést následky léčení, je nutné, aby byly známy jeho osobní hodnoty a preference.¹⁶ Předpokládá, že rozhodování o léčbě je zcela v rukou pacienta, přičemž lékař má pouze povinnost poskytnout pacientovi dostatek informací, na jejichž základě je pacient schopen se informovaně rozhodnout. Demonstrací tohoto trendu v oblasti práva je institut informovaného souhlasu (*informed consent*, *informierte Einwilligung*).

¹¹ Charles, C., Whelan, T., Gafni, A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ*, 1999, 319, s. 780-1.

¹² Kde došlo ve 2. polovině minulého století vlivem aktivit občanských hnutí k posílení autonomie a dalších práv pacienta. Požadavek autonomie byl spojen i s nárůstem společenského konzumerismu a představami o rozhodovací nezávislosti spotřebitele ve zdravotnictví, rozvojem ženských hnutí a schválení legislativy týkající se práv pacientů.

¹³ Ačkoliv konzumerismus vedl spolu s rozvojem tržního hospodářství k tendencím pacientů činit stále vyšší požadavky na zdravotní služby, na druhou stranu se mu ale nepodařilo zdůraznit, že těmito požadavkům odpovídají recipročně i určité povinnosti. Koncepce partnerství je příhodnější zejména proto, že klade důraz na sdílení informací, jejich zhodnocení a odpovědného rozhodování. Coulter, A. Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *BMJ*, 1999, 319, s. 719.

¹⁴ V rámci kterého se dnes postavení pacienta dle názoru H. Nyse a T. Goffina blíží postavení spotřebitele, resp. „informovaného spotřebitele zdravotních služeb“ Nys, H., Goffin, T. Mapping National Practices and Strategies Relating to Patients' Rights. In: Wismar, M., Palm, W., et al. (eds.) *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 160, dostupné z <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/cross-border-health-care-in-the-european-union.-mapping-and-analysing-practices-and-policies>, cit. 14.4.2013.

¹⁵ Coleman, C. H., Bouësseau, M.-C., Reis, A. The Contribution of Ethics to Public Health. *Public Health Reviews*, 2008, 34(1), s. 1.

¹⁶ Odklon od paternalismu nalezneme výslovně i v Etickém kodexu ČLK (EK ČLK), § 3 odst. 3 a 4.

S větším důrazem na pacientovu autonomii je zároveň eliminován „informační deficit pacienta coby laika“¹⁷, přičemž se mění i jeho chování. Z pasivního přijímání informací se přesouvá do aktivní role, kdy pacient nejen klade otázky, ale i sám po stále dostupnějších informacích pátrá.¹⁸ Proto dnes i pro ČR platí shrnutí O. O’Neillové:

„Lékařská praxe se vzdálila paternalistickým tradicím, ve kterých byli odborníci považováni za správné soudce toho, co je pro pacienta nejlepší. Rostoucí uznání a respektování práv pacientů a důraz na etický význam zajištění jejich souhlasu jsou dnes považovány za standardní a obligatorní způsoby zajištění respektu k autonomii pacientů.“¹⁹

1.2. Zisk autonomie - ztráta důvěry?

Jak bylo již několikrát naznačováno, pokud chtějí lékaři své pacienty řádně diagnostikovat a léčit, musí disponovat jejich důvěrou. Často již při prvním setkání musí danou osobu přesvědčit, aby jim sdělila citlivé údaje o svém zdravotním stavu, životním stylu apod. Tato důvěra se odráží i v jednání pacienta, který může být požádán o vysvětlení kvůli prohlídce, strpění často nepříjemných či bolestivých zákroků, případně jejich podstoupení v bezvědomí v narkóze. Proto v momentě, kdy je tato důvěra narušena, je narušena i schopnost lékaře poskytnout co nejlepší možnou péči.²⁰

Význam a zásadní roli důvěry při poskytování zdravotní péče si uvědomuje i lékařský stav, jak lze vypořádat např. z Etického kodexu České lékařské komory (ČLK):

¹⁷ Šustek, P., Holčápek, T. *Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha : ASPI, 2007, s. 68.

¹⁸ To se netýká jen druhů léčby ale i kvality poskytované péče včetně úkonů lékaře s poskytováním zdravotních služeb souvisejících. Povolná, M. *Problematika rationingu ve světle práva na zdravotní péči a její vliv na vztah lékaře a pacienta*, s.17.

¹⁹ O’Neill, O. *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge : Cambridge University Press, 2002, s. 18.

²⁰ Rhodes, R., Strain, J.J. Trust and transforming healthcare institutions, *Cambridge journal of healthcare ethics*, 2000, 9, s. 205-17.

„Lékař má právo odmítnout péči o nemocného (...) je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.“²¹

Se změnami souvisejícími se ziskem pacientovy autonomie bývá zmiňován i jistý posun v oblasti důvěry pacienta vůči osobě lékaře, který je souhrnně označován jako „eroze důvěry“.²² Pacient přestává vnímat lékaře jako neomylného,²³ nepřijímá již jen pasivně jím sdělené informace, ale dále je zpracovává. Diskutuje s ním o dalších možnostech léčby a zpochybňuje jeho názor i tím, že chce např. slyšet názor druhý.^{24,25}

Autorka se domnívá, že tato skutečnost nemůže ve své stávající podobě nijak zásadně negativně ovlivnit vztah lékaře a pacienta, ba naopak. Jak totiž upozorňuje **O. O’Neillová**, skutečná důvěra mezi lékařem a pacientem v paternalistickém vztahu neexistovala, byla pouze předpokládána na základě obecně akceptované závislosti pacientů na lékařích:

„Tradiční [tj. paternalistický – pozn. autorky] vztah lékař-pacient, jak konstatují jeho kritici, mohl být založen na důvěře, ovšem nikoliv na důvěře opodstatněné. Tvrdí, že pacienti, kteří věří svým lékařům, jsou spíše jako děti, které nejprve musí svým rodičům slepě důvěřovat. Tato důvěra je z velké míry založena na nedostatku jiných alternativ a neschopnosti rozlišovat mezi opodstatněnou a neopodstatněnou důvěrou.“²⁶

Základem pro opodstatněnou důvěru by v takovém případě byl případ, kdy by pacienti byli lépe informovaní a méně závislí, tedy:

²¹ § 2 odst. 4. EK ČLK.

²² „Erosion of trust“. Syrett, K. *Law, Legitimacy and the Rationing of Health Care: A Contextual and Comparative Perspective*. Cambridge : Cambridge University Press, 2007, s. 42.

²³ „Decline in deference“ neboli pokles úcty. Ibidem.

²⁴ Povolná, M. *Problematika rationingu ve světle práva na zdravotní péči a její vliv na vztah lékaře a pacienta*, s. 17.

²⁵ R. Rhodesová a J.J. Strain se domnívají, že dnešní zdravotnická zařízení nejsou určena k podpoře této (vzájemné) důvěry, protože: systematicky ignorují závažné etické problémy, považují jejich oznamovatele za nepřítelé a trestají je, čímž pádem neposkytují etické prostředí. Přesto mají lékaři povinnost jednat tak, aby důvěra byla zachována i pro jejich budoucí kolegy. Rhodes, R., Strain, J.J. *Trust and transforming healthcare institutions*, s. 205-17.

²⁶ O’Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge : Cambridge University Press, 2002, s. 18.

„Správně svěřená [tj. opodstatněná – pozn. autorky] důvěra je pouze ta, která je dána těmi, kdo rozumí tomu, co je navrhováno, a těmi, kteří mohou odmítnout nebo si vybrat na základě tohoto porozumění.“²⁷

Z výše zmíněného vyplývá, že při přechodu od paternalismu k partnerství muselo k vyslovení jistých pochyb dojít. Autorka ovšem tento vývoj považuje za posun správným směrem, neboť je předpokladem další (aktivní) účasti pacienta na rozhodování o zdravotní péči. Dochází tím pouze k realizaci práva pacienta znát informace o svém zdravotním stavu a být seznámen s případnými možnostmi léčby. Poskytnutím dostatečného množství informací a zodpovězením případných otázek lze tomuto stavu nedůvěry čelit.²⁸

1.3. Právní úprava vztahu lékaře a pacienta a její vývoj v ČR

Vztah lékaře a pacienta se vždy odvíjí od míry a způsobu, jakým je regulován, ať už právně nebo jen v etické rovině. V ČR doznala právní úprava tohoto vztahu značných změn,²⁹ které velmi dobře reflektují, jak evoluce tohoto vztahu probíhala, tedy snahu o opuštění paternalismu a jeho nahrazení vztahem vyváženějším.

Po roce 1989 byla právní úprava zdravotní péče a vztahů mezi lékařem a pacientem obsahově roztržštěná a nacházela se v předpisech různé právní síly. Jejím základem bylo torzo paternalistického zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (ZPZL), který byl doplněn množstvím předpisů nižší právní síly. Tento stav byl považován za nevyhovující, jak pro překonanost předpisů po odborné stránce, tak pro právní úpravu nekorespondující evropským standardům. Pacient byl pouhým „pasivním účastníkem s velmi omezenými právy rozhodovat o tom, která péče mu má

²⁷ Ibidem.

²⁸ Na okraj lze rovněž zmínit výsledky výzkumů veřejného mínění, ze kterých dlouhodobě vyplývá, že lékaři patří mezi nejdůvěryhodnější povolání. Např. trust index 2010 v ČR zařadil lékaře na 3. místo. GfK Czech, *Hledáte důvěryhodné povolání? Staňte se hasičem, lékařem, poštákem nebo učitelem*, 16.6.2010, dostupné z [www: http://www.gfk.cz/public_relations/press/press_articles/006138/index.cz.html](http://www.gfk.cz/public_relations/press/press_articles/006138/index.cz.html), cit. 20.6.2013.

²⁹ Vztah lékaře a pacienta považujeme za vztah soukromoprávní, což dokládá i současná judikatura (srov. Ústavní soud ČR, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, ze dne 20.5.2008). V českých poměrech tomu tak ovšem nebylo vždy, v 60. letech byl vlivem přijetí OZ a ZPZL na několik desítek let přesunut do roviny veřejného práva. T. Doležal v této souvislosti hovoří o tzv. rovině administrativněprávní. Doležal, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, s. 124.

být poskytnuta.“³⁰ Z důvodu této celkové nedostatečnosti zákona docházelo po ratifikaci Úmluvy o lidských právech a biomedicíně k její přednostní aplikaci. Ačkoli byla Úmluva v některých ohledech poněkud vágní, ve značné míře dané nedostatky eliminovala.

Změna vztahu lékaře a pacienta se projevila nejprve novelizací zákona o péči o zdraví lidu, který byl poprvé od své účinnosti novelizován až v 90. letech. Novelou zákona č. 548/1991 Sb. byly „vytvořeny předpoklady pro odstranění centralistického modelu zdravotnictví s monopolem státní správy a pro vznik kvalitativně odlišného systému zdravotní péče. Došlo zejména ke zrušení monopolu státu na poskytování zdravotní péče a tím i k rozlišení možnosti výběru lékařů a zdravotnických zařízení, ve stanoveném rozsahu se zdravotní péče stala věcnou dávkou veřejného zdravotního pojištění, byly upraveny alespoň rámcově druhy zdravotní péče (primární péče, závodní preventivní péče, zdravotnická záchranná služba) a korigovány hmotně právní důvody poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta.“³¹

Ačkoli zákon od té doby prošel desítkami dalších novelizací, v rámci kterých došlo k upřesnění práv pacientů, mj. práva na informace o zdravotním stavu či práva nahlížet do zdravotnické dokumentace, vzhledem k diametrálně odlišné koncepci poskytování zdravotních služeb, která byla vyjádřena již v samotném názvu, zůstával nevyhovujícím (např. opomenutí kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče).³²

Pro výše zmiňované důvody byl ZPZL v roce 2012 zrušen a nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (ZZS), který byl součástí dlouho připravované a očekávané reformy zdravotnictví. Nový zákon představuje obecnou úpravu poskytování zdravotních služeb, přičemž implementací ustanovení Úmluvy o lidských právech a biomedicíně³³ mění a nově upravuje práva a povinnosti pacientů a zdravotnických pracovníků, dochází tedy k modifikaci postavení pacienta. Jak popisuje Důvodová zpráva k ZZS:

„Pacient se stává hlavním účastníkem procesu poskytování zdravotních služeb, důraz je kladen na jeho práva a individuální potřeby. Právo lidu je

³⁰ MZČR, Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), s. 90.

³¹ MZČR, Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách, s. 90.

³² „I přes všechny dosavadní novelizace uvedeného zákona zůstala jeho velká část již prakticky nepoužitelná, neboť upravuje „zdraví a potřebu lidu“ a nikoliv skutečné potřeby konkrétního pacienta. Tím je významně potlačena možnost pacienta vymáhat svá práva a nároky.“ Ibidem.

³³ Ty ovšem byly použitelné i tak vzhledem k § 10 Ústavy.

nahrazeno právem pacienta.“³⁴

1.3.1. Smluvní typy při poskytování zdravotních služeb

Ačkoli je dnes zřejmé, že vztah mezi lékařem a pacientem je vztahem soukromoprávním, kdy pacient zdravotní služby poptává a lékař mu je (za úplatu) poskytuje, žádný z výše zmíněných zákonů včetně OZ neupravoval konkrétní smluvní typ týkající se poskytování těchto služeb. Doposud se tedy jednalo o smlouvu inominátní dle ustanovení § 51 OZ.³⁵

R. Policar nicméně zmiňuje dva typy smluv, které se v praxi vyskytují.³⁶ Jedná se o smlouvu příkazní³⁷ a smlouvu o dílo.³⁸ První se využívá v případech kontinuálnějšího poskytování zdravotních služeb, tj. pokud jde o léčbu. Smlouva o dílo, se naopak použije při jednorázových zdravotních službách, mezi které patří např. jednorázové vyšetření.

Praktické užívání smlouvy o dílo ovšem bývá některými autory odmítáno,³⁹ protože vztah lékaře a pacienta nesplňuje charakteristické znaky tohoto smluvního typu,⁴⁰ neboť na rozdíl od zhotovitele ve smlouvě o dílo lékař neodpovídá za výsledek služby. Neodpovídá za to, zda bude zákrok či léčba úspěšná, ale pouze za postup *de lege artis*, tj. za řádné poskytnutí dané zdravotní služby v souladu s nejvyšším stupněm vědeckého poznání a praxe.⁴¹

Od 1.1.2014 a vstupem v účinnost nového občanského zákoníku budeme mít k dispozici nový smluvní typ, smlouvu o péči o zdraví (§§ 2636-2651 NOZ).⁴²

³⁴ MZČR, *Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách*, s. 92.

³⁵ Na druhou stranu vztah mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pojišťovnou je upraven smlouvou o poskytování a úhradě zdravotní péče v ustanovení § 17 odst. 2 zákona č. 48/1994 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

³⁶ Policar, R. *Genetické vyšetření jako plnění ze smlouvy o dílo*, 18.9.2011, dostupné z [www: http://zdravotnickepravo.info/geneticke-vysetreni-jako-plneni-ze-smlouvy-o-dilo---dil-prvni/](http://zdravotnickepravo.info/geneticke-vysetreni-jako-plneni-ze-smlouvy-o-dilo---dil-prvni/), cit. 20.6.2013

³⁷ § 724 a násl. OZ.

³⁸ § 631 a násl. OZ.

³⁹ Doležal, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, s. 125.

⁴⁰ K úpravě smlouvy o dílo: Knappová, M., Švestka, J., Dvořák, J. a kol. *Občanské právo hmotné 2*. 4. aktualizované a doplněné vydání. Praha : ASPI, 2010, s. 208 a násl.

⁴¹ K výkladu tohoto pojmu rovněž Císařová, D., Sovová, O. a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vydání. Praha : Orac, 2004, s. 19-21.

⁴² Stejně jako u jiných částí NOZ, i tato se inspiruje zahraniční úpravou, a to zejména úpravou holandskou a ustanoveními IV. knihy DCFR (Draft Common Frame of Reference, návrh evropského občanského zákoníku) Eliáš, K. a kol. *Nový občanský zákoník*, s. 943.

Smlouvou o péči o zdraví se poskytovatel zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného.⁴³ NOZ nově umožní, aby tato smlouva byla uzavřena i mezi jinými osobami než poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem, čemuž odpovídá i označení smluvních stran (poskytovatel - příkazce).⁴⁴ Dále je zdůrazněna zásada, že lékař neodpovídá za výsledek, resp. případný negativní výsledek, ale pouze za řádné provedení činnosti podle zásad odbornosti tedy podle zásad *lege artis*.⁴⁵ Současně jsou upraveny i další jednotlivá práva a povinnosti pacienta a lékaře, resp. poskytovatele, mezi které patří i řádné vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací.⁴⁶

Otázkou, kterou pravděpodobně blíže osvětlí praxe, zůstává, jak přesně bude vypadat vztah mezi smlouvou o péči a úpravou stanovenou v ZZS. Koneckonců, v důsledku dlouhé přípravy tohoto zákona samotné znění důvodové zprávy, ještě odkazuje na zákon o péči o zdraví lidu. Pokud vyjdeme ze zásady *lex specialis derogat legi generali*, tak by měl být přednostně uplatněn ZZS. Na druhou stranu je úprava NOZ v porovnání se ZZS novější - neměli bychom vzít v úvahu i zásadu *lex posterior derogat legi priori*? Autorka se přiklání spíše k zásadě první, zejména proto, že již důvodová zpráva počítá s tím, že ustanovení smlouvy o péči budou mít vůči ZZS povahu obecnou.

V této souvislosti se **T. Doležal** domnívá, že „*vztah lékaře a pacienta bude nutno zařadit ke smluvnímu typu vytvořenému NOZ, tj. smlouvě o péči, ale obsah práv a povinností v tomto smluvním vztahu bude regulován ustanoveními zákona o zdravotních službách.*“⁴⁷ Pokud tedy budeme předpokládat, že se obsah práv a povinností zásadním způsobem nezmění, můžeme přistoupit k analýze vybraných platných a účinných právních předpisů.

Navzdory primární roli právních předpisů regulujících vztah lékaře a pacienta hraje nespornou úlohu i role etických principů, kterými jsou lékaři při poskytování

⁴³ § 2636 odst. 1 NOZ.

⁴⁴ § 2636 odst. 1 NOZ: „Smlouvou o péči o zdraví se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba.“

⁴⁵ Lékař musí provést úkon podle smlouvy, s péčí řádného hospodáře (§2645) a *de lege artis*. Eliáš, K. a kol. *Nový občanský zákoník*, s. 946.

⁴⁶ Tato úprava zakotvená v § 2647 je dle důvodové zprávy úpravou obecného charakteru nezasahující do znění ZZS. Zásadní je ovšem stanovení skutečnosti, že tyto záznamy sice budou majetkem poskytovatele, nicméně z důvodu jejich intimní povahy je zásadně nelze zpřístupnit bez souhlasu pacienta. Ibidem, s. 947.

⁴⁷ Doležal, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, s. 130.

zdravotní péče vázaní.⁴⁸ Pro úplnost je proto nutné zmínit i vybrané etické principy ovlivňující vztah lékaře a pacienta.

1.4. Etické principy vztahu lékaře a pacienta

Přestože právní úprava vztahu lékaře a pacienta došla značných změn, existuje řada etických principů, které i navzdory těmto změnám zůstaly veskrze neměnné. Tyto principy zůstávají důležitými jak při běžném poskytování péče, tak při eticky sporných zákrocích.⁴⁹ Ačkoli moderní vztah lékaře a pacienta vychází bezpochyby z hippokratovské tradice a s ní související tradice paternalismu, jejich zásadní premisy byly do značné míry modifikovány. Hlavním důvodem byla skutečnost, že hippokratovská tradice nebyla schopna adekvátně reagovat na další vývoj vztahu lékaře a pacienta, zejména s institutem informovaného souhlasu či otázkou soukromí není zcela kompatibilní.

Mezi nejvlivnější publikace v této oblasti patří kniha **T. Beauchampa a J. Childresse**, *Principles of Biomedical Ethics*,⁵⁰ v níž autoři popisují čtyři hlavní zásady bioetiky,⁵¹ na kterých stojí moderní poskytování zdravotní péče. Jsou jimi respekt k autonomii (*respect for autonomy* či latinské *voluntas aegroti suprema lex*) a zásady neškodit (*non-maleficence* či *primum non nocere*), prospěšnosti (*beneficence* či *salus aegroti suprema lex*) a spravedlnosti (*justice*).⁵² V souvislosti s tématem této práce je ovšem nutné blíže konkretizovat a analyzovat dvě další zásady, které mají

⁴⁸ Tato aplikace etického myšlení na lékařské rozhodování je dnes obsažena zejména v právně nezávazných stavovských předpisech jednotlivých zdravotnických profesí. Řada principů ovšem byla vtělena přímo do těl zákonů, např. zákaz usmrcení z milosrdenství - eutanázie. Herring, J. *Medical Law and Ethics*. 2. vydání, Oxford : Oxford University Press, 2008, s. 10.

⁴⁹ Např. interrupce, umělé oplodnění či lékařský výzkum.

⁵⁰ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. vydání. New York : Oxford University Press, 2013.

⁵¹ Tzv. *four-principles approach*, rovněž označovaný jako *principalismus*. Více: Kuře, J. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*, 2010, s. 13, dostupné z [www: portal.med.muni.cz/download.php?fid=781](http://www.portal.med.muni.cz/download.php?fid=781), cit. 20.6.2013.

⁵² Problém těchto zásad ovšem představuje jejich možnost subjektivního výkladu. Každý může za spravedlivé, prospěšné či neškodící považovat něco jiného, resp. mohou disponovat různou mírou tolerance při použití těchto adjektiv. Proto jedinou „objektivizovatelnou veličinou“ z výše uvedených zůstává autonomie pacienta. Doležal, T. *Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu*. ČZPB, 2011, 1, s.3.

vliv na důvěru ve vztahu lékaře a pacienta. Jedná se o vzájemně se doplňující principy informovanosti a mlčenlivosti.⁵³

1.4.1 Informovanost

Informovanost pacienta je základním předpokladem pro naplnění jeho práva na sebeurčení, resp. respektu k autonomii jeho vůle. Hlavní nástroj informovanosti pacienta dnes představuje tzv. informovaný souhlas. Tedy souhlas jedince, který je učiněn svobodně, bez nátlaku a s časem na rozmyšlenou, vyjádřený na základě zhodnocení informací o účelu a povaze zákroku, alternativ a jejich jednotlivých rizik.^{54, 55}

Informovaný souhlas představuje jistý posun - od povinnosti lékaře pouze sdělit dané informace pacientovi, ke kvalitativnímu pochopení a souhlasu pacienta.⁵⁶ Jak píše **P. Šustek** a **T. Holčápek**:

*„Svoboda rozhodování nemocného, který nerozumí, co by měl po lékaři vlastně požadovat a s čím by měl souhlasit, má velice pochybnou hodnotu. Namísto pouhého souhlasu se zákrokem, u něhož povědomí pacienta o souvislostech zamýšleného lékařského výkonu hraje druhotnou roli, nastoupila proto v současnosti éra **souhlasu poučeného, informovaného**.“⁵⁷*

Ačkoli i dříve bylo až na zákonem stanovené důvody potřeba, aby pacient se zákrokem souhlasil, tradice autonomního rozhodování pacienta na základě podrobného poučení lékařem v ČR chybí, jelikož bylo před rokem 1989 ale reálně i během 90. let konceptem opomíjeným, v lepším případě okrajovým.⁵⁸

⁵³ Zatímco povinnost mlčenlivosti je jedním z nejstarších principů lékařské etiky, informovanost je konceptem poměrně novým. Zatímco právo být informován je spojováno zejména s právy pacienta, povinnost mlčenlivosti jde naopak za lékařem. Co mají ovšem obě tyto zásady společného je jejich vtělení do závazné právní roviny.

⁵⁴ Šustek, P. Holčápek, T. Lesk a bída informovaného souhlasu, *ZP*, 2004, 12, s. 6.

⁵⁵ Ovšem jak poznamenává H. Haškovcová: „*nemoc je mezní lidská situace a tzv. svobodná vůle může být překryta nepříznivým stavem nemoci*.“ Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 3.vydání. Praha : Galén, 2002, s. 65.

⁵⁶ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, s. 121.

⁵⁷ Šustek, P., Holčápek, T. *Informovaný souhlas*, s. 46.

⁵⁸ Doležal, T. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu, s.3.

T. Doležal v této souvislosti upozorňuje, že informační povinnost je v dnešní době viděna zejména z pohledu povinností stanovených zákony a Úmluvou o lidských právech a biomedicině, přičemž se zapomíná, že původně tato povinnost vycházela ze smluvních základů. Informační povinnost lékaře a všechny její výše zmíněné aspekty jsou neoddělitelnou součástí poskytované služby ve smluvním vztahu mezi lékařem a pacientem, přičemž se smluvní zakotvení této povinnosti dá odvodit z § 727 OZ.⁵⁹

Autor se rovněž domnívá, že je tento relativně mladý koncept v naší geografické šířce „naoktrojovaný“ a „nevžitý“, což vede k tomu, že ho lékaři stále chápou jako pouhý formalismus, jenž je překážkou vedoucí k efektivnímu léčení pacientů dle nejlepších vědomostí a schopností. Neudržitelnost této doktríny dle něj nereflektuje ani právní teorie a praxe a to zejména tím, že „bezvýjimečně lpí na tomto institutu“.⁶⁰

Ačkoli autorka souhlasí s názorem, že pohled na institut informovaného souhlasu bude bezesporu v budoucnu nutné revidovat i v souvislosti s reálnou nedostižitelností absolutní autonomie pacienta,⁶¹ v žádném případě ho nepovažuje za pouhý formalismus na straně lékaře. Dává totiž možnost pacientovi této získané – jakkoli reálně rozsáhlé – autonomie využít. Navíc tento institut představuje zároveň i způsob, jak zabránit nejen případnému nátlaku ze strany lékařů, ale i „vštípení odpovídajícího pochopení, vyvarování se různých forem manipulace a respektování práv osob.“⁶²

1.4.2. Mlčenlivost

„Cokoli co při léčbě i mimo ni uvidím či uslyším o životě lidí, a co nesmí být dál šířeno, ponechám nevyslovené a nikdy nevyjevím. Když tuto přísahu splním a neporuším, ať se raduji ze života a z umění, ctěný muži i ženami

⁵⁹ Doležal, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, s. 116.

⁶⁰ Doležal, T. *Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu*, s. 3.

⁶¹ Pacient bude ve vztahu k lékaři vždy ve slabším postavení, protože jeho pomoc vyhledává v době nemoci. Lékař se proto musí snažit nezapomenout při léčení co nejvíce zohlednit pacientovy subjektivní zájmy a přesvědčení.

⁶² Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, s. 121.

všech dob; když se ale od této přísahy odchýlím nebo ji poruším, ať se opak toho stane mým údělem.“⁶³

Aby lékaři mohli řádně vykonávat svoji práci musí nejprve často zcela cizí osobu přesvědčit, aby jim sdělila osobní a rodinou anamnézu, historii chorob, detaily jejich symptomů a další citlivé informace, které se jinak často zdráhá svěřit i svým nejbližším. Důvěra, kterou pacient vůči lékaři disponuje, se opírá především o povinnost lékaře zachovávat mlčenlivost.

Tato povinnost patří mezi nejstarší zásady lékařského povolání, a jako taková byla vyjádřena již ve výše zmíněném úryvku Hippokratovy přísahy.⁶⁴ Institut povinné mlčenlivosti brání dalšímu šíření informace, jež byla lékařovi poskytnuta důvěrně, tj. „ve vztahu, ve kterém má osoba, jež se svěřuje, přiměřené a legitimní očekávání, že důvěrník informace bez souhlasu této osoby dále nikomu nezpřístupní.“⁶⁵ Její význam dokládá i skutečnost, že navzdory úpravám Hippokratovy přísahy⁶⁶ zůstává zásada lékařského tajemství zachována a mezinárodně respektována, jak dokládají i stavovské předpisy na národní⁶⁷ i mezinárodní úrovni.⁶⁸

Lékařova povinnost mlčenlivosti při poskytování zdravotních služeb se nám zdá na první pohled samozřejmá. Pokud by důvěrnost tohoto vztahu a mlčenlivost lékaře nebyla zachována, lékaři by nemohli pacienty efektivně diagnostikovat a léčit, protože by pacienti vyšetření představující podstatný zásah do jejich soukromí nepodstupovali.^{69,70} Avšak v dnešní době se v procesu poskytování zdravotní péče pacient většinou nesetká jen s jedním lékařem, nýbrž s celou řadou zdravotníků. Na tuto skutečnost upozorňuje i **D. J. Rothman**, když popisuje, že pacienta již neléčí

⁶³ Hippokratova přísaha. Z řeckého překladu přeložil Josef Kuře. Kuře, J. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*, 2010, s. 122, dostupné z [www: portal.med.muni.cz/download.php?fid=781](http://portal.med.muni.cz/download.php?fid=781), cit. 20.6.2013.

⁶⁴ T. Doležal je názoru, že jelikož byla mlčenlivost vždy jednou z klíčových etických zásad vztahu lékaře a pacienta, lze ji odvodit již z „povahy smlouvy“ vzhledem k charakteru poskytovaných služeb. Doležal, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, s. 115.

⁶⁵ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, s. 316.

⁶⁶ Například otázka umělého přerušení těhotenství či eutanázie. Znění se v jednotlivých zemích světa různí.

⁶⁷ § 2 odst. 9 EK ČLK: „Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti se souhlasem pacienta zbaven a nebo když je to stanoveno zákonem.“

⁶⁸ „Lékař musí zachovávat naprostou mlčenlivost o všem, co se dozví o svém pacientovi, i po jeho smrti.“ Mezinárodní kodex lékařské etiky Světové lékařské organizace, 1949, dostupný z <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>, cit. 20.6.2013.

⁶⁹ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, s. 319-320.

⁷⁰ Stejného názoru byl i ESLP v rozhodnutí *Z.v.Finsko*.

jeden mu důvěrně známý lékař, nýbrž celá řada takových profesionálů, kteří jsou pro něj slovy názvu knihy „cizími lidmi u lůžka“.⁷¹ Jelikož tito lidé potřebují mít v různé míře přístup k pacientově zdravotnické dokumentaci, jeví se důraz na mlčenlivost, resp. ochranu soukromí a osobních údajů obecně, o to palčivěji.

Ačkoli tyto etické principy pomáhají utvářet postoj lékaře vůči pacientovi, je třeba mít na paměti, že etické kodexy, v nichž jsou vyjádřené, nejsou obecně závaznými předpisy. Jedná se tedy spíše o podpůrný prostředek, jehož síla spočívá především v morální závaznosti. Z tohoto důvodu se zdá být více než vhodné, že některé z těchto principů byly zakotveny i v právně závazných předpisech, čímž dále doplňují a utvrzují právo na ochranu soukromí a osobních údajů.

⁷¹ Rothman, D.J. *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. Somerset : Transaction Publishers, 2003.

2. Právo na ochranu osobních údajů

Právo na ochranu osobních údajů se v Evropě začalo objevovat v 70. letech minulého století jako reakce na pokroky a rostoucí využití informačních technologií v každodenním životě, jenž umožňovalo extenzivní a efektivní zpracování dat.^{72, 73} Mezinárodní zkušenosti nicméně v souvislosti s přeshraničním pohybem osob a informací ukázaly, že tuto problematiku nelze řešit výlučně vnitrostátní úpravou na národní úrovni.⁷⁴ Tento vývoj dospěl v roce 1981 k částečnému sjednocení úpravy této problematiky přijetím Úmluvy Rady Evropy na ochranu osob se zřetelem na automatizované zpracování osobních údajů (Úmluva č. 108), kterou ČR ratifikovala v roce 2001.

Pokud hovoříme o právu na ochranu osobních údajů, musíme nejprve vymezit obsah tohoto pojmu. Jednu z možných definic předkládají **P. de Hert** a **S. Gutwirth**:

„[Ochrana osobních údajů] je sběrným pojmem pro sérii myšlenek týkajících se zpracování osobních údajů. Použitím těchto myšlenek se vlády snaží skloubit střet základních, ale zároveň protichůdných hodnot, jakými jsou soukromí, volný pohyb informací, potřeba vládního dohledu, uplatňování daní apod.“⁷⁵

Hlavním účelem právní úpravy ochrany osobních údajů je ochrana jednotlivců proti neoprávněnému a / nebo nepřiměřenému shromažďování, ukládání, využívání a šíření jejich osobních údajů, nikoliv proti zpracování osobních údajů jako takovému. Proto i autoři tento institut vnímají jako pragmatický, jelikož „předpokládá, že

⁷² Hondius, F.W. Protecting Medical and Genetic Data. *EJHL*, 1997, 4, s. 361.

⁷³ První právní předpis zabývající se touto problematikou představilo v roce 1970 Hesensko, na základě jehož příkladu následně začaly tento institut do svých právních řádů zakotvovat i další evropské země. Některé státy jej zakotvily přímo na ústavní úrovni. Německo tak učinilo v roce 1977, mezi další státy patří např. Rakousko, Španělsko či Portugalsko. Neuwirt, K. *Convention 108: New Challenge for Data Protection in Non-European States*, 2008, s. 3, dostupné z [www: http://www.infodf.org.mx/web/participantes/neuwirt/Abstract%20Karel%20Neuwirt.pdf](http://www.infodf.org.mx/web/participantes/neuwirt/Abstract%20Karel%20Neuwirt.pdf), cit. 20.6.2013.

⁷⁴ Bartík, V., Janečková, E. *Zákon o ochraně osobních údajů s komentářem*. 1. vydání. Olomouc : ANAG, 2010, s. 9.

⁷⁵ De Hert, P., Gutwirth, S., „Data Protection in the Case Law of Strasbourg and Luxemburg : Constitutionalisation in Action“ in Gutwirth, S., Pouillet, Y. et al. (eds.), *Reinventing Data Protection?* Berlin : Springer, 2009, s.3.

soukromí a veřejní aktéři potřebují používat osobní údaje, protože je to často ze společenských důvodů nutné.“⁷⁶

Principy ochrany osobních údajů ovšem vychází z mnohem staršího práva, kterým je právo na soukromí. Vztah mezi právem na soukromí a ochranou osobních údajů je proto velmi úzký, což často vede k nesprávnému a zavádějícímu zaměňování těchto pojmů. Následující podkapitola si proto klade za cíl vztah mezi nimi objasnit.

2.1. Vztah mezi právem na soukromí a ochranou osobních údajů

Pravděpodobně nejrozšířenější koncepce práva na soukromí vychází z liberálního pojetí svobody, které představuje **John Stuart Mill** v eseji *On Liberty*.⁷⁷ Autor v ní píše, že člověk má nad sebou, svým tělem a myslí svrchovanou moc.⁷⁸ Millovo pojetí svobody představuje „sféru seberealizace jedince“, kterou dnes považujeme za soukromí.⁷⁹ Toto pojetí opravňuje jedince přesunout se ze sféry veřejné do sféry soukromé, a izolovat se tak od zbytku společnosti za účelem „*formování svých vlastních (egocentrických) přání a očekávání.*“⁸⁰ Či slovy **J. Rubenfelda**:

*„Soukromí stojí na vnějších hranicích legitimního uplatňování státní moci. [Právo na soukromí] může být uplatněno pouze tehdy, pokud vláda hrozí převzetím našich životů – totalitním uplatňováním své moci nad našimi životy.“*⁸¹

Přestože je právo na soukromí stále vnímáno ve smyslu dělby veřejné a soukromé sféry lidského života, jeho rozsah působnosti je širší, jelikož zahrnuje celou řadu aspektů. Mezi tyto patří nejen soukromí (ve smyslu práva na zachování mlčenlivosti), ale i rodina, domov, korespondence, čest či dobrá pověst. Pojem

⁷⁶ Ibidem, s. 3-4.

⁷⁷ Mill, J.S. *On Liberty*. Londýn : Longman, Roberts & Green, 1896, dostupné z [www: http://www.bartleby.com/130/](http://www.bartleby.com/130/), cit. 20.6.2013.

⁷⁸ „*Over himself, over his own body and mind, the individual is sovereign.*“ Ibidem. Svoboda jedince je ovšem limitována. Jedinci mají suverenitu pouze nad činy, kterými nezasahují do práv či svobod jiných.

⁷⁹ Nowak, M. *UN Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary*. Kehl : Engel, 2005, s. 377-8.

⁸⁰ Ibidem, s. 378.

⁸¹ Rubenfeld, J. *The Right to Privacy*. *Harvard Law Review*, 1989, 102 (4), s. 787.

soukromí není jednoduché definovat, protože se týká naší vlastní identity – kým jsme, co si myslíme, jaké máme preference atd.⁸² Toto právo má značný přesah i do oblasti zdravotnictví, kde o něm mimo ochranu osobních údajů hovoříme i v souvislosti s problematikou antikoncepce, interrupce či umělého oplodnění.⁸³ Z tohoto důvodu odpovídá právo na soukromí právu jedince na vlastní způsob života, jenž pramení z jeho dalších práv – např. práva na život, právo na fyzickou a psychickou integritu či na svobodu myšlení a svědomí.⁸⁴

Propojení práva na soukromí a ochrany osobních údajů může být demonstrováno na příkladu *Obecného komentáře č. 16*, jenž představuje závaznou interpretaci článku 17 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech.⁸⁵ Dle interpretace Výboru OSN pro lidská práva jsou právo na soukromí a ochrana osobních údajů dva propojené instituty. Nebo ještě přesněji, právo na soukromí v sobě obsahuje určitá práva a principy ochrany osobních údajů. Z tohoto důvodu tedy právo na ochranu osobních údajů, ačkoli není explicitně zmíněno, je obsaženo v právních předpisech zaručující právo na ochranu soukromí.

Vzhledem k této vzájemné propojenosti je tudíž třeba definovat, jakou roli hraje ochrana osobních údajů ve sféře práva na soukromí. Hlavní proud diskurzu týkajícího se ochrany osobních údajů ji považuje za „rozšíření práva na soukromí“,⁸⁶ protože její principy mají být obsaženy v právu na soukromý život.⁸⁷

Přesto nám odborná literatura nabízí i řadu jiných pojetí. V angloamerickém právu pochází jedna z prvních a nejprominentnějších definic soukromí z 19. století, kdy **S. D. Warren** a **L. D. Brandeis** napsali slavnou esej *The Right to Privacy*.⁸⁸ V té době byla definice soukromí vnímána jako právo jedince na to, aby se jiní nevměšovali do jeho záležitostí.⁸⁹

⁸² Neuwirt, K. *Convention 108: New Challenge for Data Protection in Non-European States*, 2008, s. 2, dostupné z [www: http://www.infodf.org.mx/web/participantes/neuwirt/Abstract%20Karel%20Neuwirt.pdf](http://www.infodf.org.mx/web/participantes/neuwirt/Abstract%20Karel%20Neuwirt.pdf), cit. 20.6.2013.

⁸³ Drgonec, J. *Ústavné práva a zdravotnictví*. Bratislava : Archa, 1996, s. 95.

⁸⁴ Nowak, M. *UN Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary*, s. 385.

⁸⁵ „1. Nikdo nesmí být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života, do rodiny, domova nebo korespondence ani útokům na svou čest a pověst. 2. Každý má právo na zákonnou ochranu proti takovým zásahům nebo útokům.“

⁸⁶ „Extension to the right to privacy.“ FRA. *Data Protection in the European Union: The Role of Data Protection Authorities*, 2010, s. 11, dostupné z [www: http://fra.europa.eu/en/publication/2012/data-protection-european-union-role-national-data-protection-authorities](http://fra.europa.eu/en/publication/2012/data-protection-european-union-role-national-data-protection-authorities), cit. 20.6.2013.

⁸⁷ De Hert, P., Gutwirth, S., „Data Protection in the Case Law of Strasbourg and Luxemburg : Constitutionalisation in Action“, s. 4.

⁸⁸ Tato esej byla reakcí na jednání tisku, který podával zprávy o jeho soukromém životě. Více: Warren, D.D., Brandeis, L.D., *The Right to Privacy*, *Harvard Law Review*, 1890, 4(5), s. 193-220.

⁸⁹ „Right to be let alone.“

V dnešní době je nicméně chápání pojmu soukromí mnohem širší. Neobsahuje pouze „právo na nevyměšování se“, ale rovněž právo ovládat či kontrolovat své osobní údaje. Tento druhý aspekt práva na soukromí byl představen v roce 1983 německým Spolkovým ústavním soudem v rozhodnutí ohledně sčítání lidu, ve kterém byl poprvé použit pojem informační sebeurčení (*die informationelle Selbstbestimmung*).⁹⁰

Jednou z vedoucích definic formulované z hlediska této informační kontroly nabídl **A. F. Westin**:

„Soukromí představuje požadavek jednotlivců, skupin nebo institucí rozhodovat za sebe, kdy jak a do jaké míry budou informace o jejich osobách sděleny dalším.“⁹¹

L. Bygrave ovšem upozorňuje na problematiku pojmu sebeurčení. Dle názoru autorky správně argumentuje, že právní předpisy upravující ochranu osobních údajů málokdy poskytují jednotlivcům absolutní „*právo nakládat se svými osobními údaji dle libosti*“, a proto navrhuje, aby se namísto pojmu informační sebeurčení používal pojem informační spolurozhodování (*informational co-determination*).⁹²

V diskurzu týkajícího se ochrany osobních údajů se rovněž objevují debaty o jejím rozsahu vzhledem k právu na soukromí. Podle **de Herta** a **Guthwirtha** je ochrana osobních údajů v porovnání s právem na soukromí jak širší, tak více specifická. Své přesvědčení demonstrují na příkladu Úmluvy č. 108, jejímž účelem je dle článku 1 zaručit každé fyzické osobě „*úctu k jejím právům a základním svobodám, a zejména k jejímu právu na soukromý život, se zřetelem k automatizovanému zpracování osobních údajů, které se k ní vztahují*.“⁹³ Aspekt větší šíře dokládá znění daného článku, které i přes zdůraznění práva na soukromí dává prostor dalším právům a svobodám.⁹⁴ Současně je ovšem i více specifický, protože poskytuje ochranu pouze zpracování osobních údajů.⁹⁵

⁹⁰ Bundesverfassungsgericht, BVerfGE 65, 1 – Volkszählung, 15.12.1983, dostupné z [www: http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv065001.html#](http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv065001.html#), cit. 20.6.2013.

⁹¹ Westin, A.F. *Privacy and Freedom*. New York : Atheneum, 1970; sekundární citace z: Bygrave, L. The Place of Privacy in Data Protection Law, *University of New South Wales Law Journal*, 2001, 24 (1), s. 277-283.

⁹² Ibidem.

⁹³ Čl. 1 Úmluvy Rady Evropy č. 108.

⁹⁴ Např. rovnost či spravedlivý proces.

⁹⁵ De Hert, P., Gutwirth, S., „Data Protection in the Case Law of Strasbourg and Luxemburg : Constitutionalisation in Action“, s. 6. ESLP rozlišuje mezi osobními údaji spadajícími a nespádajícími pod čl. 8 EÚLP na základě toho, zda je jejich tajnost důležitá již ze své samotné podstaty či nikoliv

Samozřejmě lze namítat, že postavení tohoto argumentu na znění jedné mezinárodní smlouvy je nevhodné. Na druhou stranu, z Úmluvy č. 108 vychází celý evropský rámec ochrany osobních údajů.⁹⁶ Proto je tedy dle autorky tento pohled platný minimálně pro evropské země, a tudíž i pro tuto práci.

Na ochranu osobních údajů se ovšem nelze dívat staticky, protože se stejně jako většina jiných právních institutů neustále dynamicky vyvíjí. Koncept ochrany osobních údajů přestává být založený čistě na právu na soukromí a stává se něčím víc; konceptem, který je samostatný. Tento myšlenkový posun může být demonstrován i na vyjádření Agentury Evropské unie pro základní práva (FRA) týkající se článku 8 Listiny základních práv Evropské unie (LZPEU). FRA vyjádřila názor, že právo na ochranu osobních údajů obsažené v článku 8 LZPEU je „*autonomním základním právem, které souvisí s právem na respektování soukromého a rodinného života, ale zároveň se od něj liší.*“⁹⁷

2.2. Právní úprava problematiky ochrany soukromí a osobních údajů

Právo na soukromí a s ním související právo na ochranu osobních údajů tedy patří mezi základní lidská práva, která představují důležitou součást institutu ochrany osobnosti. Jako taková jsou zakotvena jak v českém právním řádu, tak v mezinárodních dokumentech, kterými je ČR vázána.

Na úrovni ústavního pořádku nelze opominout zejména Listinu základních práv a svobod (LZPS) coby výchozí bod tohoto práva, která svými články zaručuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí⁹⁸ či chrání před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.⁹⁹ Zákonná úprava těchto článků se pak promítá

(*intrinsic privacy relevance*). ESLP, *Herbecq and další v. Belgie*, stížnost č. 32200/96, rozsudek ze dne 14.1.1998.

⁹⁶ Tento argument je založen na skutečnosti, že z Úmluvy č. 108 vychází směrnice 95/46/ES, která je co do výsledku závazná pro všechny členské státy EU. Ta Úmluvu dále rozšiřuje a prohlubuje - např. stanoví požadavky na technickou bezpečnost zpracování, ukládá oznamovací povinnost, požaduje existenci nezávislého orgánu atd. Více: Bartík, V., Janečková, E. *Zákon o ochraně osobních údajů s komentářem*, s. 11.

⁹⁷ FRA. *Data Protection in the European Union: The Role of National Data Protection Authorities*, 2010, s. 14, dostupné z [www: http://fra.europa.eu/en/publication/2012/data-protection-european-union-role-national-data-protection-authorities](http://fra.europa.eu/en/publication/2012/data-protection-european-union-role-national-data-protection-authorities), cit. 20.6.2013.

⁹⁸ Čl. 7 odst. 1 LZPS: „*Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.*“

⁹⁹ Čl. 10 LZPS: „*1. Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. 2. Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do*

do oblasti soukromého¹⁰⁰ i veřejného práva,¹⁰¹ jehož kombinaci představuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (ZOOÚ).¹⁰²

Česká právní úprava ochrany soukromí a osobních údajů byla nicméně silně ovlivněna úpravou existující na úrovni evropské, kde je tato právně zakotvená dvěma hlavními institucionálními aktéry, Radou Evropy a Evropskou unií.¹⁰³ Právní rámec je tudíž složen i z řady tematických směrnic,¹⁰⁴ jež jsou doplněny relevantními dokumenty Rady Evropy.¹⁰⁵

V případě ochrany práv jednotlivců je třeba zmínit i důležitou roli ESLP, který se svojí judikaturou aktivně zasazuje o dodržování práv zakotvených EÚLP. V průběhu posledních několika desítek let dal vzniknout extenzivní judikatuře k článku 8 EÚLP, v níž se zabýval i konkrétně ochranou údajů o zdravotním stavu.

Tato obecná pravidla a právní předpisy budou v následující kapitole aplikovány na oblast poskytování zdravotní péče, a tudíž i ochranu osobních údajů o zdravotním stavu.

soukromého a rodinného života. 3. Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.“

¹⁰⁰ § 11 a násl. OZ.

¹⁰¹ § 180 TZ.

¹⁰² Kučerová, A. a kol. *Zákon o ochraně osobních údajů. Komentář*. Praha : C. H. Beck, 2012, s. 3.

¹⁰³ Přestože jsou obě entity v této oblasti aktivní, zvolily si k dané problematice opačné přístupy. Zatímco se Rada Evropy zaměřuje primárně na práva osob ve vztahu ke státům a povinnosti států je respektovat, chránit a naplňovat, právo EU s kořeny založenými v politice volného trhu se může zdát méně obsáhlé či zevrubné a „méně se zabývající ochranou důstojnosti či ochranou slabých a zranitelných osob“. Hartlev, M. Diversity and Harmonisation. Trends and Challenges in European Health Law, *EJHL*, 2010, 17, s. 48. To ovšem neznamená že EU nestaví jedince do popředí. Tento názor potvrzuje například preambule Listiny základních práv Evropské unie (LZPEU).

¹⁰⁴ Vedle směrnice 95/46/ES sem patří mj. směrnice 2002/58/ES (elektronická komunikace), směrnice 2006/24/ES (uchovávání údajů) či směrnice 2000/31/ES (o určitých aspektech služeb informační společnosti). Dále je třeba brát v úvahu i články 7 a 8 LZPEU.

¹⁰⁵ Čl. 8 EÚLP, Úmluva č. 108, Úmluva o lidských právech a biomedicině.

3. Ochrana osobních údajů ve zdravotnictví

3.1. Ochrana osobních údajů o zdravotním stavu

Oblast zdravotnictví patří k oblastem, které jsou náročné na množství zpracovávaných citlivých údajů, a proto bývá výzvou, jak zachovat jejich důvěrnost. Skutečnost, že se jedná o problém celosvětový, je patrná i z aktivit na evropské úrovni zmíněných v předchozí kapitole. Sdílení a zpracování údajů se stalo v porovnání s minulostí rychlejší a zároveň i levnější. Nové počítačové technologie učinily zaznamenávání údajů snazším, ale ochranu soukromí komplikovanější.^{106,107} K této problematice se vyjádřila i Evropská komise:

„Množství a komplexita informací související se zdravotním stavem a jejich znalost se rozrostla do té míry, že hlavní složkou jakékoli zdravotní organizace je zpracování informací. Oblast zdravotnictví je sektorem zjevně informačně náročným, který stále více závisí na informačních a komunikačních technologiích.“¹⁰⁸

V procesu poskytování zdravotní péče se v rámci diagnostického a následně i léčebného procesu pacienti vzdávají části svého soukromí tím, že umožní dalším zdravotníkům přístup k jejich tělu a osobním údajům.¹⁰⁹ Jelikož informace o zdravotním stavu patří k nejcitlivějším a nejniternějším informacím o člověku, je třeba jim poskytnout adekvátní ochranu.

ESLP ve svém rozhodnutí ve věci *Z v. Finsko* stanovil, že státy mají právní povinnost implementovat do svých legislativ taková opatření, kterými zaručí ochranu informací o zdravotním stavu svých obyvatel.¹¹⁰ Samotné nakládání s údaji o zdravotním stavu ovšem úzce souvisí hned s několika otázkami – otázkou povinné mlčenlivosti, způsobem vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací i s právem

¹⁰⁶ Manson, N.C., O'Neill, O. *Rethinking Informed Consent*. New York : Cambridge University Press, 2008, s. 121.

¹⁰⁷ Herring, J. *Medical Law and Ethics*, s. 191.

¹⁰⁸ EK, „e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for European e-Health area“, 2004, s. 7, dostupné z [www: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF), cit. 20.6.2013.

¹⁰⁹ Přesto je jednotlivcům ponechán značný prostor pro uvážení, komu tyto informace budou zpřístupněny. Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, s. 316.

¹¹⁰ ESLP, *Z v. Finsko*, odst. 97.

pacienta na informace.¹¹¹ V následujícím textu proto budou analyzovány platné právní předpisy ČR upravující tuto problematiku, které budou následně porovnány s dosavadní judikaturou ESLP.

Obecným předpisem upravujícím nakládání s osobními údaji je zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (ZOOÚ), který zároveň promítá směrnici 95/46/ES a Úmluvu č. 108 Rady Evropy. Zvláštním předpisem vůči ZOOÚ pro oblast poskytování zdravotních služeb je pak zákon č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách (ZZS).¹¹²

Vzhledem k podstatné harmonizaci národních a evropských předpisů v této oblasti existuje konsensus o tom, co si pod pojmem osobní údaj představit.¹¹³ Dle definice zakotvené v ZOOÚ je osobním údajem:

„jakákoli informace týkající se určeného nebo určitelného subjektu údajů. Subjekt údajů se považuje za určený nebo určitelný, jestliže [jej] lze (...) přímo či nepřímo identifikovat zejména na základě čísla, kódu nebo jednoho či více prvků, specifických pro jeho fyzickou, fyziologickou, psychickou, ekonomickou, kulturní nebo sociální identitu.“¹¹⁴

Další nepostradatelný pojem, který ZOOÚ upravuje, je pojem zpracovatel, tedy osoba zpracovávající předmětné údaje.¹¹⁵ V kontextu zdravotní péče jej představuje poskytovatel zdravotní péče, tedy např. lékař. V dnešní době vedení elektronické zdravotnické dokumentace jsou ovšem obvyklými zpracovateli (resp. správci) i externí dodavatelské firmy, které spravují elektronickou síť poskytovatele.¹¹⁶

V prostředí poskytování zdravotních služeb dochází nicméně především ke zpracování údajů souvisejících se zdravotním stavem pacientů. Jedná se zejména o

¹¹¹ Ve smyslu nahlížení pacienta do zdravotní dokumentace a možnost zjištění, kdo další se s jejím obsahem seznámil.

¹¹² V situacích výslovně neřešených ZZS se tudíž bude postupovat dle ZOOÚ, jelikož zdravotnické zařízení (lékař) je dle § 4 písm. j) správcem osobních údajů.

¹¹³ Např. stanovisko ÚOOÚ č. 3/2012, k pojmu osobní údaj, dostupné z [www: http://uouu.cz/files/stanovisko_2012_3.pdf](http://uouu.cz/files/stanovisko_2012_3.pdf), cit. 20.6.2013.

¹¹⁴ § 4 písm. a) ZOOÚ.

¹¹⁵ Zpracováním osobních údajů se rozumí prakticky jakékoliv systematické nakládání s nimi - shromažďování za účelem uložení na nosiče informací, zpřístupnění, úprav nebo pozměňování, vyhledávání, používání, předávání, šíření, zveřejňování, uchovávání, výměna, třídění nebo kombinování, blokování a likvidace dle § 4 písm. e) ZOOÚ.

¹¹⁶ Sovová, O. *Zdravotnická praxe a právo*. Praha : Leges, 2011, s. 51.

informace ohledně diagnózy, prognózy, léčebných postupů, ale i informací o osobním a rodinném životě, které se vyskytují ve zdravotnické dokumentaci.¹¹⁷ Tyto údaje jsou dle § 4 písm. b) ZOOÚ klasifikovány jako údaje citlivé. Citlivé údaje jsou zvláštní kategorií osobních údajů vyžadující vyšší míru ochrany, se kterou souvisí i přísnější podmínky jejich zpracování.¹¹⁸ Tato přísnější zákonná úprava vychází z toho, že jejich případné zveřejnění by představovalo výraznější zásah do práv osob, zejména práva na soukromí.¹¹⁹

Zpracování osobních resp. citlivých údajů je obecně možné jen za předpokladu, že s tím subjekt údajů souhlasí. ZOOÚ ovšem z této zásady stanoví výjimku, na základě které lze tyto údaje zpracovávat i bez takového souhlasu za předpokladu, že správce daným zpracováním dodržuje zákonem stanovenou povinnost.¹²⁰ V našem případě ji představuje povinnost vedení zdravotnické dokumentace stanovená § 53 odst. 1 ZZS.

O. Sovová proto připomíná, že v kontextu zdravotnictví je nutné rozlišovat mezi údaji, které lékaři resp. zdravotnická zařízení zpracovávají dle ZZS, a údaji, které zpracovávají při poskytování zdravotní péče, ale nad rámec obvyklé péče – např. dobrovolné registry dárců krve či různé klinické studie. U těchto činností musí zpracovatel před zahájením zpracování takovýchto údajů požádat o registraci, příp. ji rozšířit, u Úřadu pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ) a následně získat písemný souhlas se zpracováním ze strany pacienta.¹²¹

Vzhledem ke svému rozsahu se tato práce nicméně zaměří na ochranu osobních údajů při „pouhém“ obvyklém poskytování zdravotních služeb dle ZZS, kterou autorka vnímá jako dostatečně závažnou společenskou a právní problematiku pro bližší zkoumání. V této souvislosti bude pozornost směřována zejména na institut povinné mlčenlivosti a pravidla nakládání se zdravotnickou dokumentací.

¹¹⁷ Ibidem, s. 64.

¹¹⁸ Např. taxativní výčet případů, kdy je jejich zpracování přípustné (§ 9 ZOOÚ), či vyšší sankční opatření v případě porušení povinností.

¹¹⁹ Kučerová, A. a kol. *Zákon o ochraně osobních údajů. Komentář*, s. 56.

¹²⁰ § 5 odst. 2 písm. a), resp. § 9 písm. c) ZZS.

¹²¹ Sovová, O. *Zdravotnická praxe a právo*, s. 52-53. Jak nicméně O. Sovová doplňuje, samotná registrace nezaručuje, že zpracování údajů probíhá dle zákonem stanovených podmínek, ale pouze dokládá skutečnost, že daný subjekt splnil svoji zákonnou oznamovací povinnost.

3.2. Povinnost zachovávat mlčenlivost

3.2.1. Účel povinné mlčenlivosti

Pro poskytování zdravotní péče je klíčová opakovaně zmiňovaná důvěra mezi lékařem a pacientem, na které se významnou měrou podílí i institut povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, často též označovaný jako lékařské tajemství. Tento institut je zmiňován v řadě právních dokumentů, mezi které patří Úmluva o lidských právech a biomedicině,¹²² ZZS¹²³ či ZOOÚ.¹²⁴ S tímto institutem rovněž počítá smlouva o péči o zdraví, přestože jeho realizaci nechává na ZZS, jak lze odvodit z § 2650 NOZ.¹²⁵

Účelem právního institutu mlčenlivosti je především „*chránit oprávněné zájmy fyzických osob tím, že jiná osoba, ať již fyzická nebo právnická, prostřednictvím svých statutárních orgánů, zaměstnanců nebo i spolupracovníků (dále jen osoba), nesděljuje informace a údaje, které se v souvislosti s výkonem své činnosti o fyzických osobách dozvěděla.*“¹²⁶

Ačkoli jsou v oblasti terminologie odborný diskurz a praxe nejednotné, v odborné literatuře se setkáme s povinnou mlčenlivostí státem *uloženou* a *uznanou*.¹²⁷ Jak upozorňuje **O. Sovová**, část autorů je názoru, že za povinnost mlčenlivosti státem uloženou lze považovat pouze povinnost zachovávat mlčenlivost ve veřejném zájmu, jiní se domnívají, že pod ní spadá i ochrana zájmu stanovených soukromým právem.¹²⁸ V případě lékařského tajemství, tedy povinnosti zachovávat mlčenlivost o informacích získaných v souvislosti s výkonem regulované profese, se jedná o mlčenlivost státem uznanou.¹²⁹

¹²² T. Doležal hovoří o jejím implicitním zakotvení v čl. 10 Úmluvy o lidských právech a biomedicině, jenž stanoví, že „každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.“ Doležal, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, s. 115.

¹²³ § 51 ZZS.

¹²⁴ § 15 ZOOÚ.

¹²⁵ Doležal, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, s. 145.

¹²⁶ Sovová, O. *Zdravotnická praxe a právo*, s. 62.

¹²⁷ Zezulová, J. Růžička, M. Povinná mlčenlivost ve zdravotnictví a možnosti jejího prolomení v trestním (přípravném) řízení, *ZP*, 2010, 6, s. 11.

¹²⁸ ZOOÚ nebo zákon č. 148/1998 Sb., o ochraně utajovaných skutečností.

¹²⁹ Sovová, O. *Zdravotnická praxe a právo*, s. 63. Také: Sovová, O. Povinná mlčenlivost a oznamovací povinnost, *ZP*, 2009, 1-2, s. 28.

3.2.2. Rozsah povinné mlčenlivosti

Současná právní úprava povinné mlčenlivosti zakotvená v ustanovení § 51 ZZS navazuje na předchozí úpravu ZPZL.¹³⁰ Zákon stanoví, že „[p]oskytovatel¹³¹ je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“¹³²

Osobní rozsah této povinnosti byl ovšem ZZS oproti ZPZL konkretizován a částečně i rozšířen. Zákon bere zejména v úvahu, že do styku s údaji o zdravotním stavu se při své práci nedostanou pouze lékaři a další zdravotničtí pracovníci, ale i další osoby, zejména různé úrovně administrativních pracovníků.¹³³ Obecně je rozsah této povinnosti rozšířen na všechny osoby, které mohou do styku s těmito informacemi přijít (studenti, soudní znalci, posudkoví lékaři a další).¹³⁴ **P. Uherek** tyto osoby shrnuje do následujících čtyř kategorií: (1) zdravotničtí a jiní odborní pracovníci definovaní v zákonech 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb.,¹³⁵ (2) další administrativní, techničtí a provozní zaměstnanci poskytovatele, (3) osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a osoby účastníci se na jejich vzdělávání a (4) další osoby v souvislosti s výkonem správních a jiných funkcí souvisejících s poskytováním zdravotní péče.¹³⁶

Povinnost těchto osob zachovávat mlčenlivost o veškerých skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s výkonem svého povolání, je časově neomezená a zůstává zachována i po skončení výkonu daného povolání.¹³⁷ Pokud by tato povinnost byla časově omezená, ať již na určitý časový úsek (např. 10 či 20 let) či na dobu výkonu daného povolání, resp. dobu trvání pracovního poměru, ztrácela by zcela zásadně na svém významu. V momentě, kdy si pacient nebude jist naprostou důvěrností poskytnutých informací, resp. jejím trváním, danou informací lékaři buď nesdělí, bude ho informovat nepravdivě, sdělí mu jen co uzná za vhodné nebo pomoc lékaře vůbec nevyhledá.

¹³⁰ § 55 odst. 2 písm. d) ZPZL.

¹³¹ Poskytovatelem zdravotních služeb je dle § 2 ZZS jakákoli fyzická či právnická osoba mající oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle tohoto zákona.

¹³² § 51 ZZS.

¹³³ Uherek, P. Povinná mlčenlivost a přístup ke zdravotnické dokumentaci, *ZP*, 2011, 11, s. 12.

¹³⁴ Konkrétně § 51 odst. 5 ZZS.

¹³⁵ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, a zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

¹³⁶ Uherek, P. Povinná mlčenlivost a přístup ke zdravotnické dokumentaci, *ZP*, 2011, 11, s. 14.

¹³⁷ To dokládá mj. ustanovení § 51 odst. 5 písm. b) ZZS, dle kterého povinná mlčenlivost dopadá i na zdravotnické a odborné pracovníky nevykonávající své povolání. Obdobně i § 15 odst. 1 ZOOU.

Ze znění zákona rovněž vyplývá, že se tato povinnost vztahuje na *veškeré informace*, bez ohledu na náhodnost či cílenost jejich zjištění,¹³⁸ ať se jedná o informace medicínského charakteru (diagnózy, medikace, druhy léčení) či nikoliv (rodinný stav, vzdělání, práce).¹³⁹ Mlčenlivost by se rovněž měla vztahovat na skutečnost, že daná osoba vyhledala nebo jí byla poskytnuta lékařská pomoc.¹⁴⁰ Autorka se v tomto ohledu shoduje s názorem **P. Uherka**, který věří, že výklad mlčenlivosti by tak měl být co možná nejextenzivnější ve prospěch práva na zachování soukromí.¹⁴¹

3.2.3. Prolomení povinné mlčenlivosti

Státem uznaná povinnost mlčenlivosti při poskytování zdravotních služeb ovšem není absolutní. ZZS tak upravuje nejen povinnost mlčenlivosti jednotlivých osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, ale i její navazující prolomení, tedy případy, kdy se bude jednat o „*poskytování informací o jinak chráněných údajích*“.¹⁴² ZZS předpokládá dva základní případy prolomení mlčenlivosti, a to buď na základě udělení souhlasu samotným pacientem, nebo z jiných důvodů stanovených zákonem.

První případ vychází ze zásady, že pacient má nejen právo být o svém zdravotním stavu informován, ale je současně oprávněn předpokládat, že o něm vedené informace nebudou dále rozšířeny mezi nepovolané osoby. Proto ZZS stanoví, že se informace o zdravotním stavu poskytují osobě, které se týkají, případně jejímu zákonnému zástupci či jiné osobě, kterou si určí.¹⁴³

¹³⁸ Brejcha, A. *Právo na informace a povinnost mlčenlivosti v českém právním řádu*. Praha : Codex Bohemia, 1998, s. 99-100.

¹³⁹ Na druhou stranu např. J. Buriánek je názoru opačného. Domnívá se, že by se tato mlčenlivost měla být spíše restriktivní. Buriánek, Jan. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha : Linde, 2005, s. 14.

¹⁴⁰ Vondráček, J., Dvořáková, V., Holcát, M. Lze beztestně sdělit, že je pacient hospitalizován? *ZP*, 2010, 11, s. 5-6. Autoři se domnívají, že je třeba rozlišovat mezi plánovanou a neplánovanou (urgentní) hospitalizací, přičemž zdravotničtí pracovníci musí dbát na obsah sdělení a v nejlepším případě se omezit na konstatování, že byl pacient hospitalizován, a bližší informace sdělit při osobní návštěvě. Přesto upozorňují na úskalí sdělení této informace při hospitalizaci např. na psychiatrii či dermatovenerologii. Obdobně: Kučerová, A. a kol. *Zákon o ochraně osobních údajů. Komentář*, s. 60.

¹⁴¹ Uherek, P. Některé zásady uplatňované při výkladu povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a jejich promítnutí v příslušné právní úpravě. *ZP*, 2008, 2, s. 13.

¹⁴² Sovová, Povinná mlčenlivost a oznamovací povinnost, *ZP*, 2009, 1-2, s. 28.

¹⁴³ § 51 odst. 2 a § 65 odst. 1 ZZS.

Jelikož ZZS neurčuje formu, jakou má takový souhlas s informováním dalších osob mít, lze předpokládat, že stačí, aby byl projevěn ústně. Projevený souhlas ovšem musí splňovat obecné podmínky právního úkonu stanovené § 37 OZ, tedy musí být učiněn svobodně a vážně, určitě a srozumitelně, přičemž z něj musí být jasné, čeho konkrétně se týká.

Právo na soukromí garantuje ochranu před *neoprávněnými* zásahy. Z této skutečnosti lze a contrario vyvodit, že existují i zásahy oprávněné, které nad povinnou mlčenlivostí a zájmy pacienta na zachování důvěrnosti sdělovaných informací převáží.¹⁴⁴ K otázce prolomení mlčenlivosti a právu na ochranu soukromí se vyjádřil i Ústavní soud (ÚS), jenž stanovil:

„Právo na ochranu soukromého života je nezadatelným lidským právem, které bezpochyby zahrnuje, mimo jiné, právo fyzické osoby rozhodnout podle vlastního uvážení zda, popřípadě v jakém rozsahu a jakým způsobem mají být skutečnosti jejího osobního soukromí zpřístupněny jiným. K omezení takového práva lze nicméně přikročit za účelem ochrany základních práv jiných osob, anebo za účelem ochrany veřejného zájmu, který je v podobě principu či hodnoty obsažen v ústavním pořádku. Přitom je třeba dbát, aby bylo dosaženo co nejširšího uplatnění obou chráněných hodnot.“¹⁴⁵

Za legitimní zásah do soukromí a prolomení povinné mlčenlivosti ZZS považuje situace nastíněné v § 51 odstavcích 2, 3 a 4. Jsou jimi: (1) předávání informací nezbytných pro zajištění návaznosti poskytovaných zdravotních služeb, (2) oznamovací povinnost vyplývající ze ZZS či jiných právních předpisů, (3) sdělování informací pro potřeby trestního řízení či překažení nebo oznámení spáchání trestného činu, (4) sdělování informací a jiných skutečností v nezbytném rozsahu pro ochranu vlastních práv v soudních a jiných řízeních a (5) poskytování informací v nezbytném rozsahu pro účely řízení prováděných orgány komory.

Ačkoli je legitimnost a potřeba těchto ustanovení v praxi zřejmá, při jednání na jejich základě nesmí být nikdy opominut princip proporcionality. Jak lze demonstrovat na prvním případě, ačkoli je předávání a sdělování informací mezi

¹⁴⁴ K otázce oprávněných a neoprávněných zásahů do soukromí viz též stanovisko ÚOOÚ č. 6/2009, ochrana soukromí při zpracování osobních údajů, dostupné z [www: http://uoou.cz/files/stanovisko_2009_6.pdf](http://uoou.cz/files/stanovisko_2009_6.pdf), cit. 20.6.2013.

¹⁴⁵ Ústavní soud ČR, sp. zn. I. ÚS 321/2006, ze dne 18.12.2006.

zdravotnickými pracovníky při péči o pacienty nezbytné či dokonce žádoucí, musí probíhat jen v míře potřebné pro dosažení příslušné zdravotní péče.¹⁴⁶

Stejně pravidlo se uplatní i u ostatních výše zmíněných situací. V případě poskytování informací na základě těchto ustanovení je nicméně nezbytné, aby jejich obsah byl vždy omezen jen na nezbytně nutný rozsah. Vzhledem k citlivosti předmětných údajů by se při jejich příliš širokém zpřístupnění totiž mohlo jednat o nepřiměřený zásah do soukromí subjektu údajů, a tudíž již nikoli o prolomení, nýbrž o porušení povinné mlčenlivosti a s ní související odpovědnostní implikace.

3.2.4. Judikatura ESLP k povinné mlčenlivosti

Otázkou prolomení povinné mlčenlivosti se zabýval ve svých rozhodnutích i ESLP, ačkoli ani v jednom z následujících dvou případů neshledal porušení EÚLP, vedou nás k dalšímu zamyšlení. V prvním případě, *Colak a Tsakiridis v. Spolková republika Německo*,¹⁴⁷ se jednalo o střet lékařovy povinné mlčenlivosti a práva třetích osob, v tomto případě pacientových blízkých.

Příteli stěžovatelky byla diagnostikována rakovina a syndrom získaného selhání imunity (AIDS). O těchto skutečnostech informoval společného rodinného lékaře, kterému zároveň výslovně zakázal rodinné příslušníky o AIDS informovat, což lékař učinil. Stěžovatelka se tak skutečnou příčinu smrti dozvěděla od lékaře až s několikaletým zpožděním, přičemž následným testem bylo zjištěno, že je sama rovněž HIV pozitivní. Na základě těchto skutečností se stěžovatelka obrátila na soud s tím, že neoznámením skutečné diagnózy lékař nezabránil tomu, aby se virem infikovala. Její žaloba ovšem byla pro absenci kauzality v obou stupních zamítnuta z důvodu znaleckého posudku, ze kterého vyplynulo, že stěžovatelka se pravděpodobně nakazila dříve, než se o tom lékař vůbec dozvěděl.^{148, 149}

Vedle znaleckého posudku vzal soud rovněž v potaz otázku povinné mlčenlivosti lékaře. Stanovil, že lékař by tuto povinnost mohl prolomit pouze

¹⁴⁶ Tedy i mezi zdravotnickými pracovníky navzájem se uplatní povinnost mlčenlivosti o informacích nesouvisejících se zajištěním návaznosti péče.

¹⁴⁷ ESLP, *Colak a Tsakiridis v. SRN*, stížnost č. 77144/01, rozsudek ze dne 5.5.2009.

¹⁴⁸ Znalec rovněž upozornil, že v té době ještě nebylo běžné léčit HIV infekci antiretrovirálními léky, tudíž nedošlo ani k prodlení s léčbou.

¹⁴⁹ ECHR, Selected legislation and jurisprudence. *EJHL*, 2010, 17, s. 99-103.

v případě, kdy by sdělení stěžovatelce bylo jediným možným způsobem, jak se nákaze vyhnout. Tak tomu ovšem nebylo, protože lékař pacienta důsledně poučil o preventivních krocích, a důvodně předpokládal, že se jimi pacient bude řídit.

Ačkoli stěžovatelka před ESLP neuspěla,¹⁵⁰ je třeba rovněž upozornit na samostatné stanovisko soudce **R. Marusteho**, který vyjádřil názor, že nejistota, v jaké byla stěžovatelka ponechána po dobu více než dvou let,¹⁵¹ představovala zásah do jejího práva na soukromý a rodinný život dle článku 8 EÚLP.

Vzhledem k okolnostem případu a formulaci stížnosti se autorka domnívá, že by ke stejnému závěru dospěly i soudy v ČR. Přesto považuje za škodu, že se ESLP blíže nevěnoval otázce povinností lékaře vůči třetím osobám stojícím mimo vztah lékař-pacient. Daný případ je navíc specifický tím, že se jednalo o rodinného lékaře, který poskytoval zdravotní péči nejen nemocnému pacientovi, ale i jeho přítelkyni a dětem, tedy měl určité povinnosti i vůči těmto osobám.

Vztah důvěry založený na zachování lékařského tajemství je bezesporu zásadní hodnotou vztahu lékaře a pacienta. Vzhledem k okolnostem daného případu je zachování mlčenlivosti o to důležitější, protože znalost diagnózy pacientova okolí by silně ovlivnilo jeho soukromý, rodinný ale i společenský život. Bez záruky mlčenlivosti lze rovněž předpokládat, že by řada osob se stejným onemocněním mohla být odrazena od vyhledání lékařské pomoci, tedy diagnózy a léčby, což by mohlo ohrozit jakékoli preventivní snahy společnosti předcházet dalším nákazám.¹⁵²

Důraz na zachování mlčenlivosti v případě onemocnění HIV/AIDS klade i české právo, jak vyplývá ze ZZS, resp. zákona č. 258/2003 Sb., o ochraně veřejného zdraví (ZOVZ). Lékař má za daných okolností povinnost pacienta poučit o jeho právech a povinnostech, zejm. o léčbě a „*rozsahu povinnosti počínat si tak, aby jiné fyzické osoby [nevystavoval] riziku tohoto infekčního onemocnění,*“¹⁵³ přičemž povinností pacienta je se těmito poučeními řídit.¹⁵⁴ Ačkoli je pacient poučen o tom, že má o své nemoci informovat své sexuální partnery, samotnému lékaři tuto povinnost žádný právní předpis nestanoví.¹⁵⁵

¹⁵⁰ Pro údajné porušení článku 2 (právo na život), článku 6 (právo na spravedlivý proces) a článku 8 EÚLP (právo na soukromí).

¹⁵¹ Doba, po kterou lékař věděl diagnózu stěžovatelčina přítele, než zemřel.

¹⁵² ESLP, Z. v. *Finsko*, odst. 95.

¹⁵³ § 47 odst. 4 ZOVZ.

¹⁵⁴ § 53 odst. 1 písm. c) ZOVZ.

¹⁵⁵ Povinnou mlčenlivost zdůrazňuje v čl. 4 i Metodický pokyn řešení problematiky infekce HIV/AIDS. Metodický návod č. HEM-3769-3.2.03 k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice, *Věstník MZ ČR*, srpen 2003, částka 8.

Dle autorky takové jednání nespadá ani do případů povoleného prolomení mlčenlivosti dle ZZS. V úvahu by teoreticky mohlo přijít prolomení mlčenlivosti na základě povinnosti oznámit spáchání trestného činu.¹⁵⁶ Oznamovací povinnost dle § 368 TZ se nicméně vztahuje pouze na úmyslné těžké ublížení na zdraví (§ 145),¹⁵⁷ jenž je v daném případě nepravděpodobné, resp. jen velmi těžko prokazatelné. Navíc by tyto informace mohl lékař sdělit jen orgánům činným v trestním řízení, nikoli příbuzným pacienta.

Druhým případem byl případ *Gillberg v. Švédsko*,¹⁵⁸ jenž řešil otázku trestněprávních sankcí v případě odmítnutí povinnosti prolomit lékařské tajemství. V daném případě se jednalo o lékaře a univerzitního profesora, pana Gillberga, provádějícího klinickou studii na hyperaktivních dětech, jenž se zavázal jejich rodičům, že veškeré informace o pacientech zůstanou důvěrné. O danou studii a přístup ke konkrétním údajům se začali nezávisle zajímat dva vědečtí pracovníci jiných oborů, což stěžovatel i univerzita odmítali s odvoláním na lékařův slib mlčenlivosti.

Případ nakonec skončil před soudem, který nařídil stěžovateli zpřístupnit vybrané údaje daným osobám za přísně stanovených podmínek.¹⁵⁹ Spolupracovníci stěžovatele ovšem namísto toho materiály zničili, načež byl pan Gillberg spolu s ostatními trestně stíhán, a následně odsouzen k podmíněnému trestu a pokutě cca. 4.000 EUR. Na ESLP se následně obrátil s tím, že trestní odsouzení představovalo zásah do jeho práva na soukromý život, s čímž se ale štrasburský soud neztotožnil.

ESLP tedy došel k závěru, že lékařští a vědečtí pracovníci, kteří odmítnou zpřístupnit oficiální dokumentaci poté, co jim tak nařídil soud, mohou být trestněprávně stíháni. Daný případ potvrzuje, že přístup k dokumentům s citlivým obsahem může být za striktních podmínek umožněn dalším vědeckým pracovníkům i přes explicitní slib pracovníka subjektům výzkumu, že tomu tak nebude.

¹⁵⁶ § 51 odst. 2 písm. c) ZZS.

¹⁵⁷ Šíření HIV nositelem daného viru může být nicméně dle TZ rovněž považováno za úmyslný či nedbalostní trestný čin šíření nakažlivé nemoci (§ 189 a § 190 TZ, AIDS a HIV jsou kvalifikovány jako nakažlivé nemoci pro účely TZ v Příloze 1 nařízení vlády č. 453/2009 Sb.), případně ublížení na zdraví (§ 221-224 TZ). Nemůže se ovšem jednat o trestný čin ohrožování pohlavní nemocí (§ 226 TZ) protože se nejedná o pohlavní nemoc – k přenosu viru HIV může dojít i jinak. Na tyto TČ se ovšem oznamovací povinnost nevztahuje.

¹⁵⁸ ESLP, *Gillberg v. Švédsko*, stížnost č. 41723/06, rozsudek ze dne 3.4.2012.

¹⁵⁹ Dané osoby např. nesměly odnést materiály z prostor univerzity.

Z rozhodnutí tedy vyplývá, že důvěrnost citlivých údajů použitých pro vědecký výzkum musí být vyvážena zájmy týkajícími se zásad transparentnosti a přístupu k takovému výzkumu.¹⁶⁰ Toto rozhodnutí je zásadní pro další činnost vědeckých pracovníků zpracovávajících osobní údaje zejména proto, že se nejedná o přístup k anonymizovaným výsledům, nýbrž údajům v původní neanonymizované podobě.

Pokud odhlédneme od skutečnosti, že by osoby v daném případě měly přístup jen k určitým údajům a rovněž byly vázány mlčenlivostí, zůstává otázkou, jak se tato povinnost odrazí na důvěře pacienta (popř. rodičů) v lékaře provádějícího klinickou studii, když jim sdělí, že získané citlivé údaje jsou sice důvěrné, nicméně skutečnosti, které o subjektech během studie zjistí, mohou být takto zprostředkovány předem neurčenému počtu osob.

3.3. Zdravotnická dokumentace

3.3.1. Obsah a vedení zdravotnické dokumentace

Jelikož je institut povinné mlčenlivosti úzce právně navázán na problematiku nakládání se zdravotnickou dokumentací, bude se tímto tématem zabývat i následující text. Platná právní úprava zdravotnické dokumentace je obsažena především v ustanovení § 53 a násl. ZZS a dále je formálně a obsahově konkretizována ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.¹⁶¹ Rovněž ovšem nesmí být zapomenuto na možné subsidiární použití ZOOÚ coby obecného právního předpisu týkajícího se ochrany osobních údajů, zejména § 13, jenž stanoví povinnost přijmout související vhodná bezpečnostní opatření.¹⁶²

¹⁶⁰ Voorhoof, D., Fathaigh, R.O. *Criminal conviction of professor for refusal to give access to research files did not affect his Convention rights: Gillberg v. Sweden*, 4.4.2012, dostupné z [www: http://strasbourghObservers.com/2012/04/04/criminal-conviction-of-professor-for-refusal-to-give-access-to-research-files-did-not-affect-his-convention-rights-gillberg-v-sweden/](http://strasbourghObservers.com/2012/04/04/criminal-conviction-of-professor-for-refusal-to-give-access-to-research-files-did-not-affect-his-convention-rights-gillberg-v-sweden/), cit. 20.6.2013.

¹⁶¹ Vyhláška stanoví postup v případě uchování a skartace zdravotnické dokumentace, náležitosti a obsah včetně vzorů jejích součástí včetně podrobností o způsobu vedení v písemné a elektronické podobě. Další podmínky a požadavky na obsahovou stránku zdravotnické dokumentace ovšem nalezneme i v řadě jiných právních předpisech – např. záznam provedených očkování se provádí na základě ZOVZ.

¹⁶² § 13 odst. 1 ZOOÚ: “Správce a zpracovatel jsou povinni přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich změně, zničení či ztrátě, neoprávněným přenosům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití osobních údajů. Tato povinnost platí i po ukončení zpracování osobních údajů.”

Zákon zdravotnickou dokumentaci definuje jako soubor informací o pacientovi, který povinně vede a uchovává poskytovatel zdravotních služeb,¹⁶³ přičemž zároveň konkretizuje, co může být jejím obsahem.¹⁶⁴ Zdravotnická dokumentace obsahuje zejm. nezbytné identifikační údaje pacienta,¹⁶⁵ a dále pak informace o stávajícím a dřívějším zdravotním stavu, dosavadní zdravotní péči, diagnóze, prognóze, eventuální medikaci a případně i údaje týkající se osobního či rodinného života pacienta.¹⁶⁶ Rovněž by v ní měl být zaznamenán průběh komunikace mezi ošetřujícím lékařem a pacientem – např. skutečnost, že byl pacient o určitých skutečnostech řádně poučen a danou situaci pochopil.

V souvislosti se ZOOÚ je nicméně nutné upozornit, že bez ohledu na citlivost údajů ve zdravotní dokumentaci obsažených lze tyto údaje zpracovávat i *bez souhlasu pacienta*, jelikož se jedná o zpracování údajů při poskytování zdravotních služeb,¹⁶⁷ resp. v zájmu zachování života či zdraví pacienta či jiných osob.¹⁶⁸ Tyto údaje jsou vedeny v písemné či elektronické formě¹⁶⁹ každým poskytovatelem zdravotních služeb a jsou nepostradatelným zdrojem informací nejen pro lékaře pro účely poskytování zdravotní péče, ale i pro řadu jiných subjektů (např. pro soudní znalce při vypracovávání znaleckých posudků).¹⁷⁰

Dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována.¹⁷¹ Z každé části dokumentace musí být dle této zásady zřejmé, kdo ji vyhotovil. Každý zápis proto musí být opatřen datem provedení a identifikačními údaji pracovníka, v listinné podobě rovněž podpisem. Opravy je pak možné činit opět pouze takovým způsobem, aby původní záznam zůstal čitelný – nelze tudíž škrtnat či provádět jiné opravy, ze kterých by nebylo zřejmé, co bylo změněno a kdy a kým byla úprava učiněna (podpis a identifikace osoby).¹⁷²

¹⁶³ Povinnost jejího řádného vedení rovněž ukládá EK ČLK v § 2 odst. 11: „*Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou.*“

¹⁶⁴ § 53 odst. 2 ZZS.

¹⁶⁵ Informacemi nezbytnými pro identifikaci jsou jméno a příjmení, datum narození, rodné číslo, adresa, rovněž jím může být označení pojišťovny, u níž je pacient pojištěn.

¹⁶⁶ Jedná se tedy převážně o citlivé údaje o zdravotním stavu ve smyslu § 9 ZOOÚ.

¹⁶⁷ § 9 písm. c) ZOOÚ.

¹⁶⁸ § 9 písm. b) ZOOÚ.

¹⁶⁹ Případně kombinace obojího dle § 54 odst. 1 ZZS.

¹⁷⁰ K otázkám dokazování v medicínskoprávních sporech viz Holčápek, T. *Dokazování medicínskoprávních sporech*. Praha: WoltersKluwer, 2011.

¹⁷¹ § 54 odst. 2 ZZS.

¹⁷² § 54 odst. 4 ZZS.

3.3.2. Právo na informace a nahlížení do zdravotnické dokumentace

Vzhledem ke zmiňované citlivosti údajů obsažených ve zdravotnické dokumentaci bylo nutné podrobně stanovit právní úpravu s jejím nakládáním, zejména pak nahlížení a poskytování údajů zde stanovených. Nakládání se zdravotnickou dokumentací patří do problematiky bezpečnosti pacientů, konkrétněji do oblasti zabezpečení soukromí a osobních údajů.¹⁷³ Je tudíž nutné zajistit její ochranu před nepovolanými osobami a zároveň umožnit přístup osobám, které ho potřebují z legitimních (zákonem stanovených) důvodů – tedy jasně stanovit okruh osob, kterým informace obsažené ve zdravotnické dokumentaci budou zpřístupněny.

Přístup ke zdravotnické dokumentaci má v první řadě pacient coby subjekt údajů, případně další osoby (zákonní zástupci či jím stanovení zmocněnci). Za účelem diagnostiky a poskytování odpovídajících zdravotních služeb potřebují mít přístup ke zdravotnické dokumentaci rovněž zdravotničtí pracovníci – ovšem vždy jen ti, kteří se podílejí na poskytování péče danému pacientovi.

Právo pacienta být informován o svém zdravotním stavu a seznámit se se všemi údaji obsaženými ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě patří mezi individuální práva pacientů garantované českými i mezinárodními právními předpisy.^{174,175} Toto právo se promítlo i do ZZS, dle něž má poskytovatel zdravotních služeb povinnost informovat pacienta srozumitelně a v dostatečném rozsahu o jeho zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu.¹⁷⁶ Dle stejného zákona má pacient rovněž právo za přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si její kopie, výpisy či opisy. Tím je pacientovi umožněno se nejen blíže seznámit s prováděnou léčbou a jejími výsledky, ale rovněž tyto informace využít při vyhledání odborného názoru jiného lékaře či jako podklad pro případný soudní spor.

V případě nezletilého pacienta mají právo na informace rovněž jeho zákonní zástupci.¹⁷⁷ Zákonný zástupce je v takovém případě rovněž oprávněn nahlížet do

¹⁷³ Sovová, O. Bezpečí pacientů a nakládání se zdravotnickou dokumentací. *ZP*, 10, 2011, s. 8-9.

¹⁷⁴ Mervartová, M. Právo pacienta na informace a nahlížení do zdravotnické dokumentace, *ZP*, 2009, 11, s. 2.

¹⁷⁵ To souvisí mj. i s vývojem vztahu mezi lékařem a pacientem a opuštěním paternalistického modelu tohoto vztahu. Viz kapitola 1.1.

¹⁷⁶ § 31 odst. 1 ZZS.

¹⁷⁷ Obdobně platí i pro pacienta zbaveného či omezeného na způsobilosti k právním úkonům.

zdravotnické dokumentace a pořizovat z ní kopie a výpisy.¹⁷⁸ Informace o zdravotním stavu nezletilého mohou být nicméně v nezbytném rozsahu zadrženy a zpřístupnění zdravotnické dokumentace omezeno, pokud poskytovatel zdravotních služeb dané osoby podezřívá ze zneužívání, týrání nebo ohrožování zdravého vývoje nezletilého pacienta.¹⁷⁹

Současná právní úprava dále umožňuje poskytovat informace o zdravotním stavu pacienta a nahlížení do jeho zdravotnické dokumentace i dalším osobám – a to se souhlasem i bez souhlasu pacienta. ZZS současně umožňuje pacientovi vedle rozhodování o tom, které osobě budou informace o jeho zdravotním stavu sdělovány, určit, zda daná osoba může rovněž nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace a pořizovat z ní kopie a výpisy.¹⁸⁰

Po formální stránce musí toto jednání opět splňovat podmínky § 37 OZ. Přitom zároveň platí, že pacient může svůj souhlas kdykoli odvolat, případně vyslovit zákaz¹⁸¹ se zpřístupněním daných informací konkrétním (eventuálně všem) osobám s účinky *ex nunc*.¹⁸² Souhlas či zákaz může pacient vyslovit jak za života, tak pro případ smrti. Daná informace se následně do zdravotnické dokumentace zaznamená, včetně podpisu ošetřujícího lékaře a pacienta.

Nastane-li případ, kdy pacient není ve stavu způsobilém k tomuto rozhodování, mají automaticky právo na tyto informace osoby blízké,¹⁸³ kterými jsou dle § 116 OZ příbuzný v řadě přímé, sourozenec, manžel, partner a další osoby, které by důvodně pocitovaly újmu jiné osobě jako újmu vlastní.¹⁸⁴ **J. Buriánek** poukazuje na dnes již spíše ojedinělou praxi, kdy jsou nejbližší příbuzní informováni na základě pacientem nevysloveného nesouhlasu.¹⁸⁵ Dle názoru autorky by se ovšem tento

¹⁷⁸ § 31 odst. 5 ZZS spolu s § 65 odst. 1 ZZS.

¹⁷⁹ § 32 odst. 3 ZZS a § 67 ZZS.

¹⁸⁰ § 65 odst. 1 písm. a) ZZS. Ustanovení ovšem stanoví omezení tohoto jednání u záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky.

¹⁸¹ Takto stanovený zákaz ovšem nemůže být absolutní – zůstává prostor pro zákonem stanovené výjimky. Např. lze informace v nezbytném rozsahu poskytnout v momentě, kdy je to v zájmu ochrany zdraví dalších osob (např. genetické onemocnění či predispozice, infekční onemocnění přenosné choroby atd).

¹⁸² Uherek, P. Sdělování údajů o zdravotním stavu a nahlížení do zdravotnické dokumentace na základě souhlasu pacienta dle připravované novely zákona o péči o zdraví lidu, *ZP*, 2006, 1, s. 4.

¹⁸³ Janečková, E., Bártík, M. Zdravotnická dokumentace z pohledu ochrany osobních údajů (vývoj právní úpravy), *ZP*, 2006, 10, s. 9.

¹⁸⁴ NOZ v této souvislosti rozšiřuje definici osoby blízké o osoby sešvagřené a osoby, které spolu trvale žijí. Ačkoli autorka toto upřesnění vítá, domnívá se, že výkladovými mechanismy by se k tomuto výsledku dalo dobrat i za stávající definice.

¹⁸⁵ Buriánek, J. Lékařské tajemství a právo příbuzných na informace o zdravotním stavu pacienta. *ZP*, 2005, 1, s. 12.

zvláštní status osob blízkých měl uplatnit pouze v případě, kdy pacient skutečně není schopen se takto rozhodnout, např. když je pacient v bezvědomí.

Vedle osob blízkých existují i další osoby, které se mohou seznamovat s obsahem zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta. Ustanovení § 65 odst. 2 ZZS opravňuje vybrané osoby nahlížet do zdravotnické dokumentace za předpokladu, že je toto jednání v zájmu pacienta a za účelem plynoucím ze ZZS či jiného právního předpisu. Mezi tyto taxativně vypočítané osoby patří především ošetřující zdravotní pracovníci,¹⁸⁶ revizní lékaři či soudní znalci.

V porovnání s dřívější úpravou nahlížení stanovenou v ZPZL se nyní počet oprávněných zvýšil a vyřešil řadu právních problémů, mezi které patřila zejména otázka nahlížení studentů připravujících se na zdravotnické povolání, přístup administrativních zaměstnanců poskytovatele či jednoznačné řešení přístupu soudních znalců.¹⁸⁷ Tyto osoby se ovšem smí opět seznamovat pouze se záznamy nezbytně souvisejícími s jejich úkoly či povinnostmi. Ačkoli se na tyto osoby vztahuje povinnost mlčenlivosti ohledně informací, které se takto dozvědí, jednalo by se v případě neomezeného rozsahu tohoto přístupu o nepřiměřený zásah do pacientova práva na soukromí.

Jelikož každé seznámení se s údaji o zdravotním stavu (tj. nahlížení, pořizování kopií či výpisů) obsaženými ve zdravotnické dokumentaci představuje - ač dovolený - zásah do soukromí, je třeba mít o těchto skutečnostech přehled. Každé takové jednání, včetně identifikace dané osoby,¹⁸⁸ se tudíž musí do zdravotnické dokumentace zaznamenat.¹⁸⁹ Ustanovení ZZS tak rovněž pacientovi zaručují právo být informován o tom, kdo, kdy a v jakém rozsahu se s informacemi obsaženými ve zdravotnické dokumentaci seznámil.¹⁹⁰

¹⁸⁶ Zejména osoby, jejichž povolání se dle §1 ZZS řídí zákonem č. 95/2004 Sb. a zákonem č. 96/2004 Sb., tedy lékaři, zdravotní sestry, farmaceuti, rehabilitační pracovníci a další.

¹⁸⁷ Uherek, P. Povinná mlčenlivost a přístup ke zdravotnické dokumentaci. ZP, 2011, 11, s. 12-16.

¹⁸⁸ Průkazem totožnosti či jiným dokladem obsahujícím fotografii a příslušnost ke správnímu orgánu či instituci. § 66 odst. 5 ZZS.

¹⁸⁹ Nezaznamenává se pouze nahlížení podle § 65 odst. 2 písm. a) a odst. 3 ZZS, tedy osob, které se dostávají do přímého kontaktu s pacientem během léčení a to jen v rozsahu nezbytně nutném, a osob připravujících se na povolání zdravotnického pracovníka (v případě jejich nevyločení pacientem).

¹⁹⁰ § 66 odst. 6 v souvislosti s § 65 odst. 1 ZZS.

3.4. Právní odpovědnost při porušení povinné mlčenlivosti a zpřístupnění informací o zdravotním stavu pacienta

Právní odpovědnost je druh právní povinnosti mající sankční povahu, která vzniká v důsledku porušení stanovené primární povinnosti.¹⁹¹ Většinou je důsledkem protiprávního jednání, příp. protiprávního stavu. O odpovědnosti se v oblasti zdravotnictví většinou hovoří v souvislosti s porušením povinnosti zdravotníků postupovat *de lege artis*. K jejímu vzniku může nicméně dojít i za jiných okolností.

Jak je opakovaně v této práci zdůrazňováno, význam lékařského tajemství, resp. povinnosti mlčenlivosti, je pro poskytování zdravotních služeb zásadní. Tomu odpovídá i způsob, jakým právní předpisy reagují na případné porušení této povinnosti. V případě, že zákon stanoví povinnost určitého chování, lze očekávat, že s jeho porušením bude spojená i právní odpovědnost, resp. sankce.

V momentě, kdy neoprávněná osoba získá přístup k citlivým údajům o zdravotním stavu pacienta, dochází k porušení práva na soukromí, povinné mlčenlivosti či obojího. V tomto směru autorka zdůrazňuje závěry **Beauchampa a Childresse**, kteří upozorňují na rozdíl mezi porušením práva na soukromí a práva na zachování mlčenlivosti.¹⁹² K porušení práva na zachování mlčenlivosti může dojít pouze za předpokladu, že osoba či instituce, která byla s danou informací seznámena, tuto informaci nedokáže udržet v tajnosti či ji záměrně zveřejní. Naopak v případě, kdy třetí osoba získá danou informaci neoprávněně, neporušuje právo na zachování mlčenlivosti, ale právo na soukromí.¹⁹³

Nejčastěji se zdravotnický pracovník či další osoby vázané povinnou mlčenlivostí dopustí porušení mlčenlivosti verbálně, sdělením této informace neoprávněné osobě. K porušení ovšem dochází i v případě, kdy takové neoprávněné osobě zdravotnickou dokumentaci předá či ji do ní nechá nahlížet, pořizovat kopie a výpisy.¹⁹⁴

¹⁹¹ Knappová, M., Švestka, J., Dvořák, J. a kol. *Občanské právo hmotné 2*, s. 59 a násl.

¹⁹² Tj. porušení povinné mlčenlivosti.

¹⁹³ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*, s. 316-317. Pokud dá ovšem pacient souhlas se sdělením určité informace třetí osobě, nedochází k porušení práva na soukromí a mlčenlivost, ale ke ztrátě soukromí a důvěrnosti dané informace.

¹⁹⁴ Uherek, P. Právní odpovědnost při porušení povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, *ZP*, 2006, 7-8, s. 22.

V případě porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost může dojít k nástupu všech druhů právní odpovědnosti – jak veřejnoprávní tak soukromoprávní.¹⁹⁵ Podle toho, kdo povinou mlčenlivost poruší, jsou jimi konkrétně odpovědnost trestní (neoprávněné nakládání s osobními údaji), správní (správní delikty projednávané před ÚOOÚ), disciplinární (např. řízení před disciplinárními orgány ČLK) a občanskoprávní (neoprávněný zásah do práva na ochranu osobnosti a případně i náhrada vzniklé škody), přičemž nelze vyloučit ani pracovněprávní odpovědnost.¹⁹⁶ Jednotlivé druhy odpovědnosti budou níže v krátkosti představeny.

3.4.1. Občanskoprávní odpovědnost

Občanskoprávní odpovědnost v současné době vychází z ustanovení zakotvujících právo na ochranu osobnosti fyzické osoby (§ 11 OZ) a právo na náhradu škody (§ 420 OZ). Pokud následkem pochybení lékaře dojde k porušení jeho povinnosti zachovávat mlčenlivost a následně ke zveřejnění informací o zdravotním stavu konkrétního pacienta, které mohou mít negativní vliv na jeho osobní život, profesní život či společenské postavení (dobrou pověst), má taková osoba právo na přiměřené zadostiučinění takto vzniklé nemajetkové újmy.

Nemajetková újma představuje škodu vzniklou porušením určité právní povinnosti ve sféře osobní, tedy nikoli majetkové, jak vyplývá již z jejího označení. Související právní odpovědnost upravená v § 13 je odpovědností objektivní, při níž se nevyžaduje zavinění. Poškozená osoba může požadovat, aby předmětná osoba upustila od dalších neoprávněných zásahů, odstranila vzniklé následky, a poskytla poškozenému přiměřené zadostiučinění. Přiměřené zadostiučinění může v takovém případě představovat omluvu (i zveřejněnou) a dle míry zásahu i finanční kompenzaci.¹⁹⁷ Náhrada této nemajetkové újmy bude spočívat vždy na konkrétních okolnostech případu, zejména míře zavinění lékaře, resp. zdravotnického zařízení.

¹⁹⁵ Žďárek, R. Právní odpovědnost při poskytování zdravotní péče. ZP, 2007, 3-4, s. 9-10.

¹⁹⁶ Tento druh odpovědnosti přichází v úvahu za situace kdy by pochybením zdravotnického pracovníka coby zaměstnance bylo zdravotnické zařízení coby zaměstnavatel povinno zaplatit poškozenému finanční odškodnění. Dle § 172 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, má za takové situace zaměstnavatel nárok vymáhat vzniklou škodu do výše čtyřapůlnásobku průměrného měsíčního výdělku. To ovšem neplatí, pokud zaměstnanec jednal úmyslně, v opilosti nebo pod vlivem jiných návykových látek.

¹⁹⁷ § 13 OZ.

Finanční kompenzaci by mohl pacient požadovat za předpokladu, že porušením mlčenlivosti došlo ke škodě na jeho majetku, případně k ušlému zisku.¹⁹⁸ K takové situaci by mohlo dojít např. v případě, kdy by porušení mlčenlivosti představovalo takový zásah do profesního života, že by daná osoba přišla o práci. Tato odpovědnost za škodu dle § 420 OZ je nicméně svou povahou subjektivní a předpokládající zavinění, tudíž je možné se jí případně zprostit, pokud daná osoba prokáže, že škodu nezavinila.

V neposlední řadě nabízí **J. Buriánek** možnost použití objektivní odpovědnosti u vedení elektronické zdravotnické dokumentace dle ustanovení § 421a OZ, která by byla rovněž aplikovatelná v případě zveřejnění dat na základě chyby v softwaru počítačového systému.¹⁹⁹

3.4.2. Trestněprávní odpovědnost

Porušením povinné mlčenlivosti se osoba může vystavit i trestněprávním sankcím stanoveným v ustanovení § 180 odst. 2 TZ, jenž pracuje se dvěma skutkovými podstatami – porušením povinné mlčenlivosti a neoprávněným zpracováním osobních údajů. Touto skutkovou podstatou lze postihnout fyzické osoby,²⁰⁰ které předmětné informace získaly v souvislosti s povoláním či zaměstnáním, a způsobily tak vážnou újmu²⁰¹ na právech nebo oprávněných zájmech subjektu údajů, tj. pacienta. K naplnění skutkové podstaty tohoto trestného činu postačí nedbalostní zavinění, tj. ačkoli osoba povinnou mlčenlivost nemusela porušit úmyslně, měla vzhledem ke svým povinnostem vědět, že tak činí, resp. neměla předpokládat, že k porušení nedojde.²⁰²

Pokud by navíc vyšlo najevo, že neoprávněně poskytnutý údaj je nepravdivý či lživý a jeho následkem došlo k ohrožení vážnosti předmětné osoby, jejímu

¹⁹⁸ §§ 420 a 422 OZ.

¹⁹⁹ Buriánek, J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*, s. 169.

²⁰⁰ Tento trestný čin není taxativně vyjmenován v § 7 zákona č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim.

²⁰¹ Vážnou újmu může představovat zejména narušení rodinných vztahů, poškození v zaměstnání, újmě na pověsti atd. Více: Jelínek, J. a kol. *Trestní právo hmotné*. 1. vydání. Praha : Leges, 2009, s. 534.

²⁰² Jelínek, J. a kol. *Trestní právo hmotné*, s. 535.

poškození v zaměstnání či narušení jejích rodinných vztahů, bylo možné rovněž uvažovat o trestném činu pomluvy dle § 184 TZ.²⁰³

Povinnost zachovávat mlčenlivost ovšem může být prolomena, zejména na základě povinnosti oznámit taxativně stanovené trestné činy, jež má před povinnou mlčenlivostí přednost. Rovněž je nutné upozornit, že neoznámení takových skutečností představuje taktéž trestný čin dle § 368 TZ.²⁰⁴

Ačkoli TZ nabízí hned několik skutkových podstat souvisejících s institutem povinné mlčenlivosti, je závěrem nutné zdůraznit, že trestní odpovědnost by vždy měla být volbou *ultima ratio* a k jejímu uplatnění by mělo docházet pouze za předpokladu, že nepostačuje uplatnění odpovědnosti podle jiných právních předpisů.²⁰⁵

3.4.3. Správněprávní odpovědnost

Otázka protiprávního jednání a následné odpovědnosti je řešena i v oblasti správního práva. Tento druh odpovědnosti nastoupí většinou v případě, kdy je vhodné určité protiprávní jednání postihnout, ovšem není natolik závažné, aby založilo odpovědnost trestněprávní. Zde rozlišujeme dva druhy porušení právní odpovědnosti: přestupky, za které dopovídá pouze fyzická osoba, a správní delikty, kterých se může dopustit i osoba právnická – v tomto kontextu zdravotnické zařízení.²⁰⁶

Dle ZOOÚ může ÚOOÚ na úseku ochrany osobních údajů uložit fyzické osobě pokutu až do výše 5 000 000 Kč v případě, kdy poruší povinnou mlčenlivost nebo poruší jinou povinnost při zpracování údajů stanovenou tímto zákonem.²⁰⁷ V případě, kdy poruší povinnosti při zpracování osobních údajů zdravotnické zařízení, příp. povinnost mlčenlivosti poruší její zaměstnanec, může ÚOOÚ uložit zdravotnickému zařízení pokutu vyšší, a to až do výše 10 000 000 Kč. Při rozhodování o výši pokuty se bude nicméně dle § 46 odst. 2 ZOOÚ přihlížet i

²⁰³ Uherek, P. Právní odpovědnost při porušení povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, *ZP*, 2006, 7-8, s. 23.

²⁰⁴ Příp. trestný čin nepřekažení trestného činu dle § 367 TZ.

²⁰⁵ Jelínek, J. a kol. *Trestní právo hmotné*, s. 21.

²⁰⁶ Hendrych, D. a kol. *Správní právo. Obecná část*. 8. vydání. Praha : C. H. Beck, 2012, s. 415 a násl.

²⁰⁷ § 44 ZOOÚ.

k závažnosti, způsobu, době trvání, následkům a okolnostem, za nichž bylo jednání spácháno.

Správní odpovědnost upravuje i ZZS, který stanoví speciální skutkovou podstatu porušení povinné mlčenlivosti fyzické osoby v souvislosti se zánikem oprávnění k poskytování zdravotních služeb, za který hrozí pokuta až do výše 1 000 000 Kč.²⁰⁸ Správního deliktu pod stejnou sankcí se dle tohoto zákona může dopustit i poskytovatel za předpokladu, že poruší povinnou mlčenlivost či jinou zákonnou povinnost související s vedením a nakládáním se zdravotnickou dokumentací.²⁰⁹

Proti fyzické osobě je rovněž možné uplatnit odpovědnost za přestupek dle zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích (PřestZ). Mezi přestupky na úseku zdravotnictví přichází v úvahu porušení anonymity mezi dárce tkáně a příjemcem dle zákona č. 285/2000 Sb., transplantační zákon,²¹⁰ či případně změna či padělání lékařské dokumentace.²¹¹ **P. Uherek** navrhuje, že by se v případě porušení povinné mlčenlivosti dalo taktéž uvažovat o přestupku proti občanskému soužití dle § 49 PřestZ.²¹²

3.4.4. Disciplinární odpovědnost

Disciplinární odpovědnost vychází ze zákona 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře (komorový zákon), jenž stanoví, že členové komor musí své povolání vykonávat odborně a v souladu s jeho etikou a způsobem stanoveným zákony.²¹³ Z dříve uvedeného vyplývá, že porušení mlčenlivosti je jednáním vedoucí k porušení výše uvedené povinnosti členů komory. Na jeho základě může čestná rada uložit členu komory uložit dle konkrétního případu důtku či pokutu až do výše 30 000 Kč či (podmíněně) vyloučení z komory při závažném porušení povinností člena komory.

²⁰⁸ § 114 odst. 1 písm. c) ZZS.

²⁰⁹ § 117 odst. 3 písm. d), e), h) či j) ZZS.

²¹⁰ § 29 odst. 1 písm. m) PřestZ.

²¹¹ § 29 odst. 1 písm. d) PřestZ.

²¹² Uherek, P. Právní odpovědnost při porušení povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, *ZP*, 2006, 7-8, s. 23.

²¹³ § 9 odst. 2 písm. a) zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

Jak je tedy z výše nastíněného patrné, český v případě porušení povinností zdravotních pracovníků související s mlčenlivostí dává český právní řád na výběr z celé škály odpovědnostních sankcí, které je možné uložit jak samostatně, tak společně s jinými, aby co nejlépe odpovídaly dané situaci.

4. Judikatura Evropského soudu pro lidská práva

4.1. Ochrana zdravotních údajů dle článku 8 EÚLP

Vedle unijního práva představuje judikatura ESLP důležitý nástroj pro formování vnitrostátního práva evropských států. Ačkoli je konkrétním rozhodnutím primárně vázán daný stát,²¹⁴ rozhodnutí ESLP působí šířeji, jelikož formulované závěry se nevztahující pouze na konkrétní případ, nýbrž prezentují závěry obecné. Soud tak překládá členským státům jakási „doporučení v oblasti prevence“, jenž mají zabránit dalšímu porušování hodnot chráněných EÚLP.²¹⁵

V oblasti ochrany údajů o zdravotním stavu disponuje ESLP extenzivní judikaturou.²¹⁶ Již od doby vedoucího případu *Z. v. Finsko*²¹⁷ akcentuje ESLP nutnost, aby národní legislativy poskytovaly „adekvátní záruky“, jež by bránily zveřejnění těchto údajů způsobem odporujícím zárukám obsažených v článku 8 EÚLP.²¹⁸ Je proto důležité blíže prozkoumat, co konkrétně si ESLP pod tímto pojmem představuje.

²¹⁴ Jak se v této věci vyjádřil Ústavní soud: „Ústavní soud nemá žádných pochybností, že obsah závazného rozsudku Evropského soudu ve věci proti České republice představuje pro ČR závazek, jenž pro ni vyplývá z mezinárodního práva. Česká republika je povinna nejen podle mezinárodního práva, ale i s odkazem na ustanovení čl. 1 odst. 2 Ústavy takové závazky dodržovat. Ústavní soud ČR, sp. zn. II. ÚS 604/02 ze dne 26.2.2004.

²¹⁵ Bobek, M. *Judikatura evropského soudu pro lidská práva*, s. 84, dostupné z [www: http://www.eui.eu/Personal/Researchers/mbobek/docs/ESLP.pdf](http://www.eui.eu/Personal/Researchers/mbobek/docs/ESLP.pdf), cit. 20.6.2013.

²¹⁶ Tato podkapitola do jisté míry vychází z publikovaného článku autorky, *Protection of Medical Data in the Scope of Article 8 ECHR: An Analysis of the European Data Protection Safeguards*. In: Benedek, W., Nowak, M. et al. (eds.) *European Yearbook on Human Rights 2012*. Graz : Neuer Wissenschaftlicher Verlag, 2012, s. 293-302.

²¹⁷ ESLP, *Z. v. Finsko*, stížnost č. 22009/93, rozsudek ze dne 25.2.1997. Stěžovatelka, paní Z. podala stížnost na jednání orgánů státní moci, které použily informace obsažené v její zdravotnické dokumentaci bez jejího souhlasu v trestním řízení proti jejímu manželovi. Navíc v rozsudku odvolacího soudu došlo ke zveřejnění jejího úplného jména a zdravotního stavu, ačkoli předem jasně projevila přání, aby informace týkající se její osoby zůstaly důvěrné. Zveřejnění těchto citlivých údajů včetně informace o tom, že stěžovatelka je nakažená virem HIV vedlo k ukončení pracovního poměru ze strany zaměstnavatele. ESLP byl názoru, že ačkoli k zabavení dokumentace došlo na základě legitimních důvodů, jejich zveřejnění již představovalo disproportionální zásah do stěžovatelčina práva na soukromý život, a tudíž došlo k porušení článku 8 EÚLP. Dále shledal, že obdobné situace mohou bránit jedincům v usilování o diagnostiku a léčbu, čímž mohou podkopat preventivní úsilí společnosti

²¹⁸ Čl. 8 EÚLP: „1. Každý má právo na respektování svého soukromého a rodinného života, obydli a korespondence. 2. Státní orgán nemůže do výkonu tohoto práva zasahovat kromě případů, kdy je to v souladu se zákonem a nezbytné v demokratické společnosti v zájmu národní bezpečnosti, veřejné bezpečnosti, hospodářského blahobytu země, ochrany pořádku a předcházení zločinnosti, ochrany zdraví nebo morálky nebo ochrany práv a svobod jiných.“

Ustanovení existence pozitivních povinností států²¹⁹ umožnilo ESLP přijít s řadou práv souvisejících s ochranou osobních údajů. Mezi ně patří mj. právo přístupu k informacím o sobě samém, či právo opravy osobních údajů vedených ve veřejných rejstřících.²²⁰ Jak vyplývá z existující judikatury, ESLP představil několik více či méně konkrétních případů adekvátních záruk, jež byly v jeho rozhodnutích zmíněny.

Štrasburský soud klade primárně důraz na test proporcionality, jenž hraje klíčovou roli, zejména pokud se jedná o státní či jiné veřejné orgány. Jak stanovil mj. v případě *M.S. v. Švédsko*, využití, přístup či publikace zdravotních údajů konkrétní osoby vždy představuje zásah do práva na respektování soukromého života.²²¹ Avšak při rozhodování, zda se také jedná o porušení práva obsaženého v článku 8 EÚLP, posuzuje ESLP také sledovaný legitimní cíl a prostor pro uvážení státu týkající se důležitosti ohrožených zájmů a závažnosti porušení.²²² Mezi legitimní důvody pro taková opatření patří mj. předcházení kriminalitě a ochrana práv třetích osob, jak bylo zmíněno v případě *Z. v. Finsko*.²²³

Jelikož toto právo ale není porušováno pouze veřejnoprávními subjekty, ESLP musel najít způsob, jak rovněž vyvážit zájmy mezi subjekty soukromoprávních vztahů. Rozhodl, že státy musí implementovat další záruky – primárně ve formě vhodné vnitrostátní právní úpravy. Vnitrostátní legislativa a její účinky vztahující se jak na oba druhy subjektů musí být dostatečně konkrétní a musí poskytovat efektivní ochranu, včetně jejich limitů – jak ESLP stanovil v případě *L.L. v. Francie*.²²⁴ Legislativa musí rovněž stanovit způsob, jakým mohou být data zveřejňována. Například, musí být omezená svou povahou, musí být zachována důvěrnost informací

²¹⁹ Např. ESLP, *K.U. v. Finsko*, stížnost č. 2872/02, rozsudek ze dne 2.12.2008 nebo *Rotaru v Rumunsko*, stížnost č. 28341/95, rozsudek ze dne 7.7.1989.

²²⁰ ESLP, *Leander v Švédsko*, stížnost č. 9248/81, rozsudek ze dne 26.3.1987, odst. 48.

²²¹ ESLP, *M.S. v. Švédsko*, stížnost č. 20837/92, rozsudek ze dne 27.8.1997, odst. 41. V daném případě si paní M.S. stěžovala, že při posouzení jejího nároku na invalidní důchod z důvodu poranění zad si správa sociálního zabezpečení vyžádala její zdravotnickou dokumentaci, která obsahovala i informaci o tom, že podstoupila umělé přerušení těhotenství, k čemuž konkrétně stěžovatelka souhlas neudělila. ESLP v tomto případě porušení čl. 8 EÚLP neshledal. Ačkoli se jednalo o zásah do soukromí paní M.S., správa sociálního zabezpečení měla v souvislosti s posouzením invalidity legitimní důvod dané informace zkontrolovat.

²²² ESLP, *Z. v Finsko*, odst. 99.

²²³ „Zájmy pacienta a společnosti jako celku na ochraně důvěrnosti zdravotních údajů mohou být převáženy zájmem na vyšetřování a stíhání trestné činnosti a na veřejnosti soudního řízení.“ Ibidem, odst. 97.

²²⁴ ESLP, *L.L. v. Francie*, stížnost č. 7508/02, rozsudek ze dne 10.10.2006, odst. 45. V daném případě si pan L.L. stěžoval, že byla jeho zdravotnická dokumentace použita bez jeho svolení v rámci rozvodového řízení při rozhodování o péči o nezletilé děti. ESLP rozhodl, že nikoli samotné použití informací o zdravotním stavu, nýbrž jejich použití bez souhlasu dané osoby pro rozhodnutí soudu představuje porušení článku 8 EÚLP. Navíc použití těchto údajů bylo nadbytečné, protože soudy mohly ke stejnému rozhodnutí dospět i na základě množství svědeckých výpovědí. Proto použití zdravotní dokumentace stěžovatele nebylo poročením ani nutné.

a jednotlivec musí být informován o takovýchto opatřeních – jak bylo stanoveno v případě *K.T. v. Norsko*.²²⁵ Zároveň ovšem ESLP v případě *Z. v. Finsko* stanovil, že souhlas jedince se zpracováním údajů o jeho osobě je nutný, nicméně legitimní cíl může mít před tímto principem přednost.

ESLP také dále vyzdvihl některé konkrétnější záruky týkající se ochrany údajů spadající do rozsahu působnosti článku 8 EÚLP. Zaprvé byl názoru, že správci údajů musí zabezpečit zdravotní údaje před neoprávněným přístupem a zajistit, že pouze personál, který pacienta léčí, má přístup k jeho zdravotním záznamům.²²⁶ To představuje zásadu, že přístup k osobním zdravotním údajům musí být omezený a poskytnutý pouze osobám, které jej bezpodmínečně potřebují. Mimo práva jednotlivce na přístup k vlastním zdravotním záznamům, jak bylo stanoveno v *K.H. a další v. Slovensko*,²²⁷ by takové osobě rovněž mělo být umožněno zjistit, kdo měl k jejím záznamům přístup. S tím souvisí případ *I. v. Finsko*, v němž ESLP navrhl konkrétní záruku ve formě přihlašovacích systémů, které by splňovaly oba požadavky.²²⁸

ESLP dále stanovil, že pouhá existence záruky případného odškodnění nemůže být považována za dostatečnou a adekvátní garanci, a musí být tudíž doplněna *efektivním zárukami*, které by v první řadě zabránily nezákonnému zpracování údajů. Tento průlomový výrok ESLP pronesl ve věci *I v. Finsko*. Zde

²²⁵ ESLP, *K.T. v. Norsko*, stížnost č. 26664/03, rozsudek ze dne 25.12.2008, odst. 69. V tomto případě ESLP stanovil, že v případě vyžádání si zdravotnické dokumentace otce a jeho synů jednal útvar péče o děti v nejlepším zájmu dětí. Jelikož rozsah obdržených informací byl omezený, na informace se vztahovala povinná mlčenlivost sociálních služeb a stěžovatel byl o této skutečnosti informován, ESLP rozhodl, že zpřístupnění informací bylo doprovázeno účinnými a adekvátními zárukami proti zneužití těchto údajů.

²²⁶ ESLP, *I. v. Finsko*, stížnost č. 20511/03, rozsudek ze dne 17.7.2008, odst. 39. Stěžovatelka, jež byla diagnostikována jako HIV pozitivní, pojala podezření, že její kolegové v práci nahlédli do její zdravotnické dokumentace a znají její diagnózu. Tuto domněnku si nemohla potvrdit ani vyvrátit, jelikož nemocnice informacemi o nahlížení nedisponovala, a z toho důvodu nemohla před soudem doložit ani neoprávněný přístup k jejím zdravotním údajům. ESLP shledal porušení článku 8 EÚLP, protože stát nezajistil ochranu stěžovatelčina práva na soukromí. Soud konkrétně stanovil: „*Co je v této souvislosti požadováno, je praktická a efektivní ochrana, která především vyloučí jakoukoliv možnost uskutečnění neoprávněného přístupu.*“ Ibidem, odst. 47.

²²⁷ „*Subjekty údajů by neměly být povinny výslovně odůvodnit žádost o poskytnutí kopie dokumentace obsahující jejich osobní údaje.*“ ESLP, *K.H. a další v. Slovensko*, stížnost č. 32881/04, rozsudek ze dne 28.4.2009, odst. 48. V daném případě se jednalo o stěžovatelky, kterým byl odpírán efektivní přístup ke zdravotnické dokumentaci (informace ze zdravotnické dokumentace mohly jen ručně opisovat, nikoliv kopírovat s odvoláním na možné zneužití informací) poté, co údajně bez svého souhlasu a vědomí podstoupily sterilizaci. ESLP dospěl k závěru, že je nepravděpodobné, že okopírováním dokumentace stěžovatelkami dojde ke zneužití daných informací, zvláště pokud soud dříve nahlížení do dokumentace schválil. Soud tudíž konstatoval porušení čl. 8 EÚLP.

²²⁸ ESLP, *I. v. Finsko*, odst. 44.

stanovil, že záruky poskytované státem jsou nedostatečné i v případě, kdy je vnitrostátní právo v souladu s článkem 8 EÚLP, ale jeho aplikace selhává.²²⁹

Tento princip je velmi důležitý, protože nepřímě vyjadřuje názor ESLP, že pokud státy chtějí poskytovat dostatečné záruky v oblasti ochrany soukromí resp. osobních údajů jednotlivců, pouhá existence adekvátní legislativy nestačí. Musí donutit soukromé subjekty, aby tato pravidla dodržovaly. V opačném případě by byly předmětné záruky považovány ESLP za nedostatečné. Tento princip ve své podstatě představuje velmi silný zásah státu do vztahů mezi soukromými subjekty a otevírá prostor pro aplikaci trestního práva.

ESLP však dále pojem efektivní záruky nedefinoval a ani nerozvedl, z čeho konkrétně by se nezbytná účinná ochrana vůči zásahům soukromých subjektů mohla skládat. Přesto se autorka domnívá, že lze předpokládat, že v této problematice budou rozhodnutí ESLP následovat rozhodnutí případů, jako je *K.U. v. Finsko*, týkajícího se neoprávněného zpracování osobních údajů soukromými subjekty.²³⁰ Zde ESLP stanovil, že státy jsou nejen povinny chránit osoby před závažnými zásahy do soukromí, ale navíc musí stanovit trestněprávní rámec, jenž by umožnil stíhání pachatelů těchto trestných činů.²³¹

Přestože se zde soud explicitně odvolával na závažná jednání (*grave acts*), jakým byla ve zmíněném případě krádež identity na internetu, je možné argumentovat, že případy týkající se ochrany zdravotních údajů se v mnohých případech budou rovnat právě takovému stupni závažnosti. A to především proto, že zdravotní údaje patří do kategorie citlivých údajů, protože jejich ochrana považována ESLP za klíčovou pro realizaci práva na ochranu osobních údajů.²³² Tento argument dále podporuje i poznámka štrasburského soudu ve věci *M.S. v. Švédsko*, kde ESLP považoval existenci záruk v podobě vnitrostátního práva poskytujícího občanskoprávní a trestněprávní opatření za přiměřené.²³³

²²⁹ Ibidem, odst. 47.

²³⁰ Nešlo tedy konkrétně o případ ochrany zdravotních údajů.

²³¹ ESLP, *K.U. v. Finsko*, stížnost č. 2872/02, rozsudek ze dne 2.12.2008. Tento případ se týkal krádeže identity mladého chlapce a vytvoření jeho profilu na internetové seznamce pro muže. Soud shledal porušení článku 8 EÚLP a stanovil: „Zatímco výběr prostředků k zajištění souladu s článkem 8 v oblasti ochrany proti jednání osob se nachází v zásadě v prostoru pro uvážení států, efektivní odrazení od závažného jednání, při kterém jsou ohroženy základní hodnoty a podstatné aspekty soukromého života, vyžaduje účinné trestněprávní předpisy.“ Ibidem, odst. 43.

²³² ESLP, *Z. v. Finsko*, odst. 95.

²³³ ESLP, *M.S. v. Švédsko*, odst. 43.

S trestní odpovědností, i když z jiného úhlu pohledu, se potýkal i nejnovější případ, již dříve zmíněný *Gillberg v. Švédsko*,²³⁴ jenž řešil otázku, zda je možné odmítnout zpřístupnit citlivé údaje z prováděné klinické studie jiným vědeckým pracovníkům s odkazem na povinnost zachování mlčenlivosti navzdory opačnému rozhodnutí soudu. Zde ESLP stanovil, že v případě, kdy státy poskytují náležité záruky ochraně citlivých dat včetně podmínek jejich zpřístupnění, ti, kdo se odmítají podrobit soudnímu rozhodnutí o zpřístupnění těchto informací, mohou být trestně stíháni a odsouzeni.

Z těchto případů lze vyvodit, že ESLP vznáší požadavek, aby porušení práva na soukromý život, resp. právních předpisů s tímto právem souvisejícím, mohlo vyústit až v omezení práva dané osoby na osobní svobodu. Zavedení trestní odpovědnosti v případech týkajících se nakládání s osobními údaji není v evropském kontextu v žádném případě něčím novým. Ve skutečnosti většina evropských států včetně ČR implementovala určitý druh trestněprávních předpisů týkajících se této problematiky. Důležitým aspektem je zde nicméně fakt, že státy na základě svých závazků plynoucích z EÚLP již pozbývají *možnost* takové trestněprávní předpisy uzákonit.²³⁵ ESLP výslovně stanovil, že státy musí takové předpisy zavést, pokud chtějí, aby jejich legislativa byla v souladu se zárukami, které poskytuje článek 8 EÚLP.

Jelikož v posledních letech došlo k nárůstu počtu případů před ESLP týkajících se ochrany zdravotních údajů, můžeme předpokládat, že ESLP bude i nadále rozvádět stávající judikaturu o příklady dalších konkrétních záruk a současně se bude detailněji zabývat rolí trestního práva v otázkách ochrany osobních údajů.

4.2. Česká právní úprava ve světle judikatury ESLP

Jak již bylo zmíněno, rozhodnutí ESLP jsou primárně závazná pro jejich adresáty, obecné závěry soudu (tj. výkladová část jednotlivých článků EÚLP) jsou ovšem závazné i pro ostatní členské státy. Proto je třeba se ptát, zda právní úprava ochrany osobních údajů v ČR odpovídá standardům stanoveným judikaturou ESLP.

²³⁴ ESLP, *Gillberg v. Švédsko*, stížnost č. 41723/06, rozsudek ze dne 3.4.2012.

²³⁵ Povolná, M. Protection of Medical Data in the Scope of Article 8 ECHR: An Analysis of the European Data Protection Safeguards, s. 296.

Štrasburský soud představil řadu obecných i konkrétních záruk týkajících se ochrany zdravotních údajů. Po jejich bližší analýze a porovnání jednotlivých zásad dospěla autorka k následujícím závěrům.

Stejně jako právo české klasifikuje ESLP údaje o zdravotním stavu jako specifický druh osobních údajů, kterým je pro jejich citlivou povahu třeba poskytnout zvláštní ochranu, jež nerozlišuje mezi zpracováním soukromými a státními subjekty. Česká právní úprava rovněž shodně požaduje, aby v případě zpracování citlivých údajů získal zpracovatel od subjektu údajů souhlas. Ačkoli úprava ZOOÚ a ZZS stanoví, že pro vedení zdravotnické dokumentace není třeba souhlasu pacienta, nejedná se dle autorky o rozpor s judikaturou ESLP, protože je možné tuto situaci zahrnout pod zásadu zpracování údajů na základě legitimního důvodu. Obdobně je tak zpracování zdravotních údajů možné pro případy poskytování zdravotní péče, ochrany veřejného zdraví, účely zdravotního pojištění, posouzení nároku na invalidní důchod apod.²³⁶

Takové zpracování údajů je samozřejmě možné jen za předpokladu, že bude zachována zásada důvěrnosti těchto informací na základě povinné mlčenlivosti,²³⁷ již se musí řídit všechny osoby, které přijdou s údaji do styku. ZZS nicméně taktéž předpokládá výjimky - legitimní důvody pro prolomení této mlčenlivosti, např. pro účely trestního řízení.²³⁸ V neposlední řadě je ochrana důvěrnosti informací zajištěna přijetím opatření, jež mají zabránit neoprávněnému přístupu k údajům, jejich změně, zničení či ztrátě.²³⁹

Z judikatury ESLP rovněž vyplývá právo osoby být o zpracování údajů informována a právo na přístup k informacím, jež jsou zpracovávány. České právo a judikatura ESLP taktéž shodně nepožadují, aby daná osoba zpracovateli či správci sdělila důvod, pro který se chce s těmito údaji seznámit či jak s nimi naloží.²⁴⁰ V případě, že zpracovávané informace jsou nesprávné nebo neúplné, má daný subjekt údajů rovněž právo na doplnění, opravu nebo výmaz takových informací, o kterých musí být poučen.²⁴¹

Judikatura štrasburského soudu klade taktéž značný důraz na efektivitu opatření zaručujících ochranu osobních údajů, tedy na odpovědnost související

²³⁶ § 9 ZOOÚ, § 65 odst. 2 ZZS.

²³⁷ § 51 ZZS, §§ 44 a 45 ZOOÚ.

²³⁸ § 51 odst. 2 písm. d) ZZS.

²³⁹ § 13 odst. 1 ZOOÚ.

²⁴⁰ § 65 odst. 1 ZZS.

²⁴¹ § 54 odst. 4 ZZS, § 24 odst. 1 ZOOÚ.

s nesplněním primární povinnosti. České právo poskytuje subjektu údajů celou škálu opravných, sankčních a kompenzačních prostředků, jichž může při neoprávněném zásahu do jeho soukromí využít. Vedle práva na opravu či výmaz nesprávných údajů česká právní úprava rovněž stanoví řadu sankcí vycházejících z práva občanského, správního a trestního, přičemž nezapomíná ani na odpovědnost disciplinární či pracovněprávní.

Obecně je možné stanovit, že ZZS spolu se ZOOÚ a dalšími právními předpisy poskytují komplexní a efektivní ochranu údajů o zdravotním stavu pacienta. Ačkoli mohl ZZS při specifikaci osob, na něž se povinnost mlčenlivosti vztahuje, rovněž konkretizovat povinnost mlčenlivosti u příbuzných a osob blízkých pacienta, kteří mohou za určitých okolností být o stavu pacienta informováni i bez jeho souhlasu, lze předpokládat, že případná občanskoprávní odpovědnost při neoprávněném zveřejnění či jiném zpracování těchto údajů je postačující. Na základě výše zmíněných důvodů se tudíž autorka domnívá, že záruky ochrany osobních údajů poskytované právními předpisy plně odpovídají požadavkům ESLP.

Závěr

Informace o zdravotním stavu patří do nejintimnější sféry našeho soukromí. Jejich náležitá ochrana, která jim při poskytování zdravotních služeb musí být poskytnuta, má zásadní význam pro naplnění práva na ochranu soukromého života, tak jak je garantováno LZPS a řadou mezinárodních dokumentů, které ČR ratifikovala.

Stejně jako se v minulosti vyvíjel a dále vyvíjí vztah mezi lékařem a pacientem, vyvíjí se i význam ochrany osobních údajů ve zdravotnictví. Těchto změn doznala i právní úprava ochrany soukromí a osobních údajů v České republice. Tyto souvisí jak se společensko-politickými změnami přelomu 80.let, tak se závazky plynoucími z mezinárodních dokumentů, které se staly pro ČR závazné.

Cílem předkládané práce bylo zhodnotit současnou českou právní úpravu ochrany osobních údajů v procesu poskytování zdravotních služeb. Její výchozí bod představovalo rozhodnutí ESLP ve věci *Z. v. Finsko*, ve kterém štrasburský soud stanovil, že členské státy musí svým obyvatelům poskytnout dostatečné legislativní záruky, jež mají zabránit zpracování údajů o zdravotním stavu v rozporu s článkem 8 EÚLP. Na jeho základě došlo k analýze českých právních předpisů týkajících se ochrany osobních údajů a poskytování zdravotní péče a následnému zhodnocení, zda a v jaké míře odpovídají standardům požadovaným stávající judikaturou ESLP. Touto analýzou došla autorka k následujícím závěrům:

Pro sdílení intimních údajů o zdravotním stavu je v první řadě klíčová existence důvěry mezi pacientem a lékařem. Aby mohli lékaři poskytovat svým pacientům odpovídající péči, musí často i zcela cizí osobu přesvědčit, aby jim sdělila informace, které se jinak zdráhá svěřit i svým nejbližším.²⁴² Proto bylo nutné tuto problematiku zároveň zasadit do širšího rámce vztahu lékař-pacient, a zejména pak souvisejících klíčových principů informovanosti a mlčenlivosti, které jsou pro existenci a prohlubování takové důvěry nepostradatelné.

Otázka ochrany soukromí a lékařovy povinnosti mlčenlivosti při poskytování zdravotních služeb se nám zdá na první pohled samozřejmá. Tato důvěra je ovšem v dnešní době ohrožována množstvím a „anonymitou“ osob, které s těmito údaji přichází do styku. K uchování této důvěry tak z velké části přispívá právě institut

²⁴² Jak koneckonců stanovil i ESLP: „Klíčové je nejen respektovat pocit soukromí pacienta, ale rovněž zachovávat jeho důvěru v lékařskou profesi a obecně ve zdravotní službu.“ ESLP, *Z. v Finsko*, odst. 95.

povinné mlčenlivosti, jenž garantuje, že dané informace nebudou poskytnuty nepovolaným osobám.

Současná právní úprava tohoto institutu reflektuje princip respektování autonomie pacienta a jeho práva na soukromí, ale i legitimní důvody prolomení této mlčenlivosti, které jsou vyvažovány principem proporcionality. Za jednoznačně pozitivní lze považovat rozšíření výčtu osob, na které mlčenlivost dopadá, a extenzivní pojetí této povinnosti, včetně její časové neomezenosti. Výrazem principu respektování autonomie pacienta a jeho informačního sebeurčení či spolurozhodování²⁴³ je rovněž právo pacienta určit, komu mohou být informace o jeho zdravotním stavu poskytovány, případně komu povoluje přístup ke své zdravotnické dokumentaci.

Obecně je možné stanovit, že česká právní úprava ochrany osobních údajů, resp. údajů o zdravotním stavu, poskytuje komplexní a efektivní ochranu, jež odpovídá zárukám vyplývajících z článku 8 EÚLP. Z hlediska efektivity právní úpravy je rovněž třeba kladně hodnotit existenci široké škály právních následků souvisejících s porušením povinnosti mlčenlivosti, zejména existenci trestněprávní odpovědnosti jako prostředku *ultima ratio*.

Skutečnost, že ochrana osobních údajů v ČR a její záruky stanovené judikatorně ESLP jsou *de facto* totožné, není ve své podstatě překvapivá. Tento fakt souvisí především s časovým rámcem vývoje české právní úpravy. Současná právní úprava ochrany osobních údajů zakotvená v ZOOÚ coby obecném předpise byla přijata především z důvodu nesouladu stávající právní úpravy se směrnicí 95/46/ES a její potřebou harmonizace.²⁴⁴ Jelikož směrnice dále konkretizuje úpravu obsaženou v Úmluvě č. 108,²⁴⁵ kterou se ESLP při výkladu článku 8 EÚLP inspiroval, bylo na místě předpokládat, že zásady a způsoby ochrany obsažené v těchto dokumentech se nebudou nijak významně rozcházet, ba naopak.

Přesto, případy jako *Gillberg v. Švédsko* a *Colak a Tsakiridis v. SRN* naznačují, že další judikatorní a potažmo legislativní vývoj v této oblasti nemusí být nezbytně jen v souvislosti s otázkami elektronizace údajů o zdravotním stavu. Zejména v souvislosti s otázkami trestní odpovědnosti a prolamování povinné mlčenlivosti bude zajímavé sledovat vývoj rozhodovací činnosti štrasburského soudu i nadále.

²⁴³ Viz kapitola 2.1.

²⁴⁴ Maštálka, J. *Osobní údaje, právo a my*. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 2008, s.12.

²⁴⁵ Ibidem.

Seznam použitých zkratek

AIDS	syndrom získané imunodeficiencie (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BMJ	British Medical Journal
č.	číslo
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČZPB	Časopis zdravotnického práva a bioetiky
EJHL	European Journal on Health Law
EK	Evropská komise
EK ČLK	Stavovský předpis České lékařské komory č. 10., Etický kodex České lékařské komory
ESLP	Evropský soud pro lidská práva
EU	Evropská unie
EÚLP	Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (Evropská úmluva o lidských právech)
FRA	Agentura Evropské unie pro základní práva
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti (human immunodeficiency virus)
JRCollGenPract	The Journal of the Royal College of General Practitioners
LZPEU	Listina základních práv Evropské unie
LZPS	ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NOZ	zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (nový občanský zákoník)
OSN	Organizace spojených národů
OZ	zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
písm.	písmeno
pozn.	poznámka
PřestZ	zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích

příp.	případně
resp.	respektive
Sb.	sbírka zákonů
TČ	trestný čin
tj.	to jest
TZ	zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
ÚOOÚ	Úřad pro ochranu osobních údajů
ÚS	Ústavní soud České republiky
ZOOÚ	zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
ZOVZ	zákon č. 258/2003 Sb., o ochraně veřejného zdraví
ZP	Zdravotnictví a právo (časopis)
ZPZL	zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
ZZS	zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Literatura

1. Primární zdroje

1.1. Mezinárodní právní dokumenty

1.1.1. Organizace spojených národů

1. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, New York, 19.12.1966.
2. Obecný komentář č. 16: Právo na soukromý život, Ženeva, 1988.

1.1.2 Rada Evropy

1. Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod. Řím, 4.11.1950.
2. Úmluva o ochraně osob se zřetelem na automatizované zpracování dat, Štrasburk, 28.1.1981.
3. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, Oviedo, 4.4.1997.

1.1.3. Evropská unie

1. Listina základních práv Evropské unie, Nice, 7.12.2000.
2. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 95/46/ES o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů, 24.10.1995.
3. Rozhodnutí Komise 2000/520/ES o odpovídající ochraně poskytované podle zásad „bezpečného přístavu“, 26.7.2000.
4. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/58/ES o zpracování osobních údajů a ochraně soukromí v odvětví elektronických komunikací, 12.7.2002.
5. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/24/ES o uchovávání údajů vytvářených nebo zpracovávaných v souvislosti s poskytováním veřejně dostupných služeb elektronických komunikací nebo veřejných komunikačních sítí, 15.3.2006.

6. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, 9.3.2011.

1.2. Právní předpisy ČR

1. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
2. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
3. Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích
4. Zákon 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře
5. Ústavní zákon č. 1/1993, Ústava České republiky
6. Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod
7. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
8. Zákon č. 148/1998 Sb., o ochraně utajovaných skutečností
9. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
10. Zákon č. 258/2003 Sb., o ochraně veřejného zdraví
11. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
12. Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních
13. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce
14. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
15. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
16. Zákona č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim
17. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
18. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

2. Judikatura

2.1. Evropský soud pro lidská práva

1. ESLP, *Colak a Tsakiridis v. SRN*, stížnost č. 77144/01, rozsudek ze dne 5.5.2009.

2. ESLP, *Gillberg v. Švédsko*, stížnost č. 41723/06, rozsudek ze dne 3.4.2012.
3. ESLP, *Herbecq and další v. Belgie*, stížnost č. 32200/96, rozsudek ze dne 14.1.1998.
4. ESLP, *I. v. Finsko*, stížnost č. 20511/03, rozsudek ze dne 17.7.2008.
5. ESLP, *K.H. a další v. Slovensko*, stížnost č. 32881/04, rozsudek ze dne 28.4.2009.
6. ESLP, *K.T. v. Norsko*, stížnost č. 26664/03, rozsudek ze dne 25.12.2008.
7. ESLP, *K.U. v. Finsko*, stížnost č. 2872/02, rozsudek ze dne 2.12.2008.
8. ESLP, *L.L. v. Francie*, stížnost č. 7508/02, rozsudek ze dne 10.10.2006.
9. ESLP, *M.S. v. Švédsko*, stížnost č. 20837/92, rozsudek ze dne 27.8.1997.
10. ESLP, *Z. v. Finsko*, stížnost č. 22009/93, rozsudek ze dne 25.2.1997.

2.2. Ústavní soud ČR

1. Ústavní soud ČR, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, ze dne 20.5.2008.
2. Ústavní soud ČR, sp. zn. I. ÚS 321/2006, ze dne 18.12.2006.

3. Monografie

1. Bartík, V., Janečková, E. *Zákon o ochraně osobních údajů s komentářem*. 1.vydání. Olomouc : ANAG, 2010.
2. Beauchamp, T. L., Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 7. vydání. New York : Oxford University Press, 2013.
3. Brejcha, A. *Právo na informace a povinnost mlčenlivosti v českém právním řádu*. Praha : Codex Bohemia, 1998.
4. Buriánek, J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. Praha : Linde Praha, 2005.
5. Císařová, D., Sovová, O. a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vydání. Praha : Orac, 2004.
6. Doležal, T., Doležal, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha : Linde Praha, 2007.
7. Doležal, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha : Leges, 2012.
8. Drgonec, J. *Ústavné práva a zdravotnictví*. Bratislava : Archa, 1996.

9. Eliáš, K. a kol. *Nový občanský zákoník s aktualizovanou důvodovou zprávou*, Praha : Sagit, 2012.
10. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 3.vydání. Praha : Galén, 2002.
11. Hendrych, D. a kol. *Správní právo. Obecná část*. 8.vydání. Praha : C. H. Beck, 2012.
12. Herring, J. *Medical Law and Ethics*. 2.vydání, Oxford : Oxford University Press, 2008.
13. Holčapek, T. *Dokazování medicínskoprávních sporech*. Praha: WoltersKluwer, 2011.
14. Jelínek, J. a kol. *Trestní právo hmotné*. 1.vydání. Praha : Leges, 2009.
15. Knap, K., Švestka J. et al. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. 4. vydání. Praha : Linde, 2004.
16. Knappová, M., Švestka, J., Dvořák, J. a kol. *Občanské právo hmotné 2*. 4.aktualizované a doplněné vydání. Praha : ASPI, 2010.
17. Kučerová, A. a kol. *Zákon o ochraně osobních údajů. Komentář*. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 2012.
18. Manson, N.C., O'Neill, O. *Rethinking Informed Consent*. New York : Cambridge University Press, 2008.
19. Maštálka, J. *Osobní údaje, právo a my*. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 2008.
20. Nowak, M. *UN Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary*. Kehl : Engel, 2005.
21. O'Neill, O. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge : Cambridge University Press, 2002.
22. Rothman, D.J. *Strangers at the Bedside: A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*. Somerset : Transaction Publishers, 2003.
23. Sovová, O. *Zdravotnická praxe a právo*. Praha : Leges, 2011.
24. Syrett, K. *Law, Legitimacy and the Rationing of Health Care: A Contextual and Comparative Perspective*. Cambridge : Cambridge University Press, 2007.
25. Šustek, P., Holčapek, T. *Informovaný souhlas*. Praha : ASPI, 2007.

4. Odborné články

1. Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 1963, 53(5), s. 941–73.
2. Buriánek, J. Lékařské tajemství a právo příbuzných na informace o zdravotním stavu pacienta. *ZP*, 2005, 1, s. 11-13.
3. Bygrave, L. The Place of Privacy in Data Protection Law, *University of New South Wales Law Journal*, 2001, 24 (1), s. 277-283.
4. Charles, C., Whelan, T., Gafni, A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ*, 1999, 319, s. 780-2.
5. Coleman, C. H., Bouësseau, M.-C., Reis, A. The Contribution of Ethics to Public Health. *Public Health Reviews*, 2008, 34(1), s. 1–4.
6. Coulter, A. Paternalism or partnership? Patients have grown up - and there's no going back. *BMJ*, 1999, 319, s. 719-20.
7. De Hert, P., Gutwirth, S., „Data Protection in the Case Law of Strasbourg and Luxemburg : Constitutionalisation in Action“ in Gutwirth, S., Pouillet, Y. et al. (eds.), *Reinventing Data Protection?* Berlin : Springer, 2009, s. 3-44.
8. Doležal, A. Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu? *ČZPB*, 2011, 1, s. 1-13.
9. Doležal, T. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *ČZPB*, 2011, 1, s. 14-24.
10. ECHR, Selected legislation and jurisprudence. *EJHL*, 2010, 17, s. 97-108.
11. Goodyear-Smith, F., Buetow, S. Power Issues in the Doctor-Patient Relationship. *Healthcare Analysis (Kluwer Academic Publishers)*, 2001, 9, s. 449-462.
12. Hartlev, M. Diversity and Harmonisation. Trends and Challenges in European Health Law, *EJHL*, 2010, 17, s. 37-50.
13. Hondius, F.W. Protecting Medical and Genetic Data, *EJHL*, 1997, 4, s. 361-368.
14. Janečková, E., Bártík, M. Zdravotnická dokumentace z pohledu ochrany osobních údajů (vývoj právní úpravy), *ZP*, 2006, 10, s. 7-13.
15. Mervartová, M. Právo pacienta na informace a nahlížení do zdravotnické dokumentace, *ZP*, 2009, 11, s. 2-5.

16. Povolná, M. *Problematika rationingu ve světle práva na zdravotní péči a její vliv na vztah lékaře a pacienta*. Praha, 2013. Studentská vědecká odborná činnost. Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, Katedra občanského práva.
17. Povolná, M. Protection of Medical Data in the Scope of Article 8 ECHR: An Analysis of the European Data Protection Safeguards. In: Benedek, W., Nowak, M. et al. (eds.) *European Yearbook on Human Rights 2012*. Graz : Neuer Wissenschaftlicher Verlag, 2012, s. 293-302.
18. Rhodes, R., Strain, J.J. Trust and transforming healthcare institutions. *Cambridge Journal of Healthcare Ethics*, 2000, 9, s. 205-17.
19. Rubenfeld, J. The Right to Privacy. *Harvard Law Review*, 1989, 102 (4), s. 737-807.
20. Sovová, O. Bezpečí pacientů a nakládání se zdravotnickou dokumentací. *ZP*, 2011, 10, s. 8-10.
21. Sovová, O. Povinná mlčenlivost a oznamovací povinnost. *ZP*, 2009, 1-2, s. 28-32.
22. Stewart, M.A., McWhinney, I.R., Buck, C.W. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *JRCollGenPract*, 1979, 29, s. 77-82.
23. Šustek, P., Holčápek, T. Lesk a bída informovaného souhlasu, *ZP*, 2004, 12, s. 5-7.
24. Uherek, P. Některé zásady uplatňované při výkladu povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a jejich promítnutí v příslušné právní úpravě. *ZP*, 2008, 2, s. 13-15.
25. Uherek, P. Povinná mlčenlivost a přístup ke zdravotnické dokumentaci, *ZP*, 2011, 11, s. 12-16.
26. Uherek, P. Právní odpovědnost při porušení povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, *ZP*, 2006, 7-8, s. 22-24.
27. Uherek, P. Sdělování údajů o zdravotním stavu a nahlížení do zdravotnické dokumentace na základě souhlasu pacienta dle připravované novely zákona o péči o zdraví lidu, *ZP*, 2006, 1, s. 4.
28. Vondráček, J., Dvořáková, V., Holcát, M. Lze beztrestně sdělit, že je pacient hospitalizován? *ZP*, 2010, 11, s. 5-6.
29. Warren, D.D., Brandeis, L.D., The Right to Privacy, *Harvard Law Review*, 1890, 4(5), s. 193-220.

30. Zezulová, J. Růžicka, M. Povinná mlčenlivost ve zdravotnictví a možnosti jejího prolomení v trestním (přípravném) řízení, *ZP*, 2010, 6, s. 11-20.
31. Žďárek, R. Právní odpovědnost při poskytování zdravotní péče. *ZP*, 2007, 3-4, s. 9-10.

5. Internetové zdroje

1. Bundesverfassungsgericht, BVerfGE 65, 1 - Volkszählung, 15.12.1983
dostupné z www: <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv065001.html#>, cit. 20.6.2013.
2. EK, „*e-Health – making healthcare better for European citizens: An action plan for European e-Health area*“, 2004, dostupné z www: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF>, cit. 20.6.2013.
3. Česká lékařská komora. *Stavovský předpis České lékařské komory č. 10. Etický kodex České lékařské komory*, 22.7.2007, dostupné z www: http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf, cit. 20.6.2013.
4. FRA, *Data Protection in the European Union: The Role of Data Protection Authorities*, 2010, dostupné z www: <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/data-protection-european-union-role-national-data-protection-authorities>, cit. 20.6.2013.
5. GfK Czech, *Hledáte důvěryhodné povolání? Staňte se hasičem, lékařem, pošťákem nebo učitelem*, 16.6.2010, dostupné z www: http://www.gfk.cz/public_relations/press/press_articles/006138/index.cz.html, cit. 20.6.2013.
6. Kuře, J. a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*, 2010, dostupné z www: portal.med.muni.cz/download.php?fid=781, cit. 20.6.2013.
7. Mill, J.S. *On Liberty*. Londýn : Longman, Roberts & Green, 1896, dostupné z www: <http://www.bartleby.com/130/>, cit. 20.6.2013.
8. MZČR, *Důvodová zpráva k vládnímu návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, 19.11.2008, dostupná z www:

- <http://www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=722&name=Důvodová+zpráva+k+zákonu+o+specifických+zdravotn%C3%ADch+službách.doc>, cit. 20.6.2013.
9. MZČR. Metodický návod č. HEM-3769-3.2.03 k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v České republice, *Věstník MZ ČR*, 2003, částka 8, dostupné z www: www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=9320&typ, cit. 20.6.2013.
10. Neuwirt, K. *Convention 108: New Challenge for Data Protection in Non-European States*, 2008, dostupné z www: <http://www.infodf.org.mx/web/participantes/neuwirt/Abstract%20Karel%20Neuwirt.pdf>, cit. 20.6.2013.
11. Nový občanský zákoník, *Péče o zdraví*, dostupné z www: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/smluvni-pravo/konkretni-zmeny-ve-zvlastni-casti/pece-o-zdravi/>, cit. 24.7.2013.
12. Nys, H., Goffin, T. Mapping National Practices and Strategies Relating to Patients' Rights. In: Wismar, M., Palm, W., et al. (eds.) *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, dostupné z www: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/cross-border-health-care-in-the-european-union.-mapping-and-analysing-practices-and-policies>, cit. 14.4.2013.
13. Policar, R. *Genetické vyšetření jako plnění ze smlouvy o dílo*, 18.9.2011, dostupné z www: <http://zdravotnickepravo.info/geneticke-vysetreni-jako-plneni-ze-smlouvy-o-dilo---dil-prvni/>, cit. 20.6.2013.
14. Study Group on European Civil Code, *Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law*, 2009, dostupné z www: http://ec.europa.eu/justice/policies/civil/docs/dcfp_outline_edition_en.pdf, cit. 20.6.2013.
15. Světová lékařská organizace, *Mezinárodní kodex lékařské etiky*, 2006, dostupný z www: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>, cit. 20.6.2013.
16. UK Joint Committee on Human Rights, *Data Protection and Human Rights*, 14.3.2008, dostupné z www: <http://www.publications.parliament.uk/pa/jt200708/jtselect/jtrights/72/72.pdf>, cit. 20.6.2013.

17. ÚOOÚ. *Stanovisko č. 6/2009, ochrana soukromí při zpracování osobních údajů*, 2009, dostupné z www: http://uouu.cz/files/stanovisko_2009_6.pdf, cit. 20.6.2013.
18. ÚOOÚ. *Stanovisko č. 3/2012, k pojmu osobní údaj*, 2012, dostupné z www: http://uouu.cz/files/stanovisko_2012_3.pdf, cit. 20.6.2013.
19. Voorhoof, D., Fathaigh, R.O. *Criminal conviction of professor for refusal to give access to research files did not affect his Convention rights: Gillberg v. Sweden*, 4.4.2012, dostupné z www: <http://strasbourgobservers.com/2012/04/04/criminal-conviction-of-professor-for-refusal-to-give-access-to-research-files-did-not-affect-his-convention-rights-gillberg-v-sweden/>, cit. 20.6.2013.

Annotation

Protection of Personal Data in the Process of Healthcare Delivery

The healthcare sector can be counted among today's most data-intensive and security-challenging policy areas. Since medical data belong to the most intimate sphere of one's life, its processing inevitably raises a number of legal and human rights concerns.

In the case of *Z. v. Finland*, the European Court of Human Rights held that the domestic law must afford appropriate safeguards to prevent communication or disclosure of medical data as may be inconsistent with the guarantees pursuant to Article 8 ECHR. In the light of the aforementioned judgement, the main aim of this thesis was to analyse and assess the current Czech legislation regarding the protection of personal health data, and to see whether it corresponds to the safeguards afforded by Article 8 ECHR. Based on a thorough analysis, the author has come to the following conclusions:

The existence of trust between a doctor and a patient is of crucial importance for any disclosure of intimate health data. Today, however, such trust may be jeopardized by the countless number people accessing these data. It is the mandatory confidentiality of doctors and other personnel, which largely contributes to preservation of trust by guaranteeing that the provided information will not be disclosed to any unauthorised persons.

The current Czech legislation regarding the concept of confidentiality reflects both the respect for the patients' autonomy and their right to privacy, as well as the legitimate reasons for not being abided by it, which are balanced by the principle of proportionality. The principle of respect for patients' autonomy and their right to informational self-determination is also expressed by the patients' individual right to choose, who may be informed about their health, or permitted to access their medical records.

All things considered, it is possible to state that regarding the matter at hand the Czech legislation provides a comprehensive and effective legal protection, which corresponds to the guarantees afforded by Article 8 ECHR. In the terms of legislation effectiveness, it is also necessary to deem the existence of a wide range of legal consequences relating to the breach of such confidentiality appropriate, particularly the possibility of criminal liability as an *ultima ratio* consequence.

Klíčová slova: ochrana osobních údajů, zdravotnictví

Key words: data protection, health care